

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**PRÉDICTION DE L'INTENTION À ADHÉRER À LA DOUBLE THÉRAPIE
ANTIPLAQUETTAIRE SUITE À UNE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

**PAR
AMÉLIE DOHERTY**

MARS 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

L'importance de la double thérapie antiplaquettaire (DTAP) après une angioplastie avec mise en place de tuteurs coronariens est bien démontrée. Cependant, le taux d'adhésion à la DTAP après 1 an est faible. Une meilleure compréhension des croyances qui prédisposent les personnes à adhérer ou non à la DTAP est nécessaire au développement d'interventions infirmières visant à améliorer les résultats associés au taux d'adhésion. **Objectifs.** Ce projet comporte trois objectifs spécifiques: 1) identifier les croyances qui prédisposent à adhérer à la DTAP durant un an, 2) démontrer les qualités psychométriques d'un questionnaire permettant d'expliquer l'intention comportementale élaboré à partir de ces croyances et 3) relever les croyances les plus saillantes. **Méthode.** Basé sur la théorie du comportement planifié (TCP), une étude descriptive et des tests de validation standard d'un questionnaire ont été menés auprès de patients ayant subi une angioplastie coronarienne. **Résultats.** Un échantillon de convenance de 28 participants (19 hommes), dont 68 % ont plus de 65 ans, pour les 2 phases. Les croyances rapportées ayant obtenu un accord inter juge (N=31) ont permis de développer le questionnaire permettant d'étudier les déterminants de l'intention d'adhérer à la DTAP. Les coefficients alpha de Cronbach se situent entre 0,65 et 1,00. Les tests de fidélité temporelle n'ont pas été concluants. Il a été possible de relever les croyances les plus saillantes, telles que par exemple, le fait que selon les participants la DTAP prévient les blocages des artères et à la capacité d'éclaircir le sang. **Conclusion.** Malgré certaines limites méthodologiques, cette étude constitue une première étape pour éventuellement développer un outil prédictif de l'intention à adhérer à la DTAP et ce, dans le but de mieux cibler les personnes à plus haut risque de non adhésion.

Mots-clés : adhésion médicamenteuse, double thérapie antiplaquettaire, théorie du comportement planifié, angioplastie coronarienne, questionnaire

ABSTRACT

The importance of dual antiplatelet therapy (DAPT) after angioplasty with coronary artery stenting is well demonstrated. However, the rate of DAPT adherence after 1 year is low. A better understanding of the beliefs that predispose people to adhere or not to DAPT is necessary for the development of nursing interventions to improve clinical outcomes.

Objectives. This project has three specific objectives: 1) to identify the beliefs that predispose people to adhere to DAPT up to one year, 2) to demonstrate the psychometric qualities of a questionnaire to explain the behavioural intent developed from these beliefs and 3) to identify the most prominent beliefs. **Method.** Based on the theory of planned behaviour (TPB), a descriptive study and standard questionnaire validation tests were conducted with patients who had undergone coronary angioplasty. **Results.** A convenience sample of 28 participants (19 males), 68% of whom are over 65 years of age, was recruited in 2 phases. The reported beliefs that obtained inter judge agreement (N=31) made it possible to develop the questionnaire to study the determinants of intention to follow the DAPT. Cronbach's alpha coefficients are between 0.65 and 1.00. Temporal fidelity tests were inconclusive. It was possible to identify the most salient beliefs, such as, for example, that according to the participants, DAPT prevents blockages of the arteries and the ability to thin the blood. **Conclusion.** Despite some methodological limitations, this study is a first step in eventually developing a tool to predict the intention to join the DAPT in order to better target those at higher risk of non-adherence.

Keywords: drug adhesion, dual antiplatelet therapy, planned behaviour theory, coronary angioplasty, questionnaire

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Abstract.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des appendices.....	x
Liste des abréviations.....	xi
Remerciements	xiv
Introduction	1
Problématique	4
Les facteurs impliqués dans le changement.....	10
Interventions pour modifier les comportements	11
Objectifs et questions de recherche.....	13
Cadre de référence	15
Les théories comportementales.....	16
La Théorie de l'action raisonnée.....	17
La Théorie du comportement planifié.....	21
Recension des écrits.....	25
La maladie coronarienne et ses traitements	26
Adhésion thérapeutique à la DTAP.....	33
<i>Facteurs influençant l'adhésion à la DTAP.....</i>	<i>38</i>

<i>Facteurs reliés au patient.....</i>	<i>40</i>
<i>Facteurs reliés au médecin.....</i>	<i>41</i>
<i>Facteurs reliés au système de santé et à l'équipe traitante.....</i>	<i>42</i>
Évaluation de l'adhésion thérapeutique à la pharmacologie.....	43
Interventions pour améliorer l'adhésion à la pharmacothérapie	48
Méthodologie	53
Type d'étude.....	54
Population cible.....	55
Phase 1. Identification des croyances.....	55
<i>Échantillon.</i>	<i>55</i>
<i>Critères d'inclusion et d'exclusion.</i>	<i>56</i>
<i>Milieu de recherche et recrutement.....</i>	<i>56</i>
<i>Questionnaire préliminaire (questionnaire 1).....</i>	<i>57</i>
Phase 2. Développement et validation du questionnaire.....	59
<i>Questionnaire final (questionnaire 2)</i>	<i>59</i>
<i>Échantillon</i>	<i>60</i>
<i>Critères d'inclusion et d'exclusion.....</i>	<i>60</i>
<i>Milieu de recherche et recrutement.....</i>	<i>61</i>
Plan d'analyse des données.....	62
Considérations éthiques	63
Résultats	65
Portrait de l'échantillon de la phase 1	67

Portrait de l'échantillon de la phase 2	68
Croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP.	70
Validité et fidélité du questionnaire	72
Descriptions des croyances les plus saillantes	75
Discussion.....	84
Résultats en lien avec la problématique	85
Les croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP	87
Qualités psychométriques du questionnaire.	88
La description des croyances les plus saillantes	90
Forces et limites du projet.....	93
Retombées pour la recherche	94
Conclusion.....	97
Références	101
Appendice A.....	112
Appendice B.....	118
Appendice C.....	124
Appendice D.....	131
Appendice E.....	135
Appendice F	138
Appendice G	146

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

1	Importance du maintien de la DTAP	36
2	Facteurs en lien avec la faible adhésion thérapeutique regroupés en trois catégories	39
3	Différents outils d'évaluation de l'adhésion à certains médicaments	46
4	Interventions pour l'amélioration de l'adhésion à la DTAP	49
5	Données sociodémographiques de l'échantillon de la phase 1	67
6	Données sociodémographiques et de santé de l'échantillon de la phase 2	69
7	Croyances notées par les participants lors de la phase 1	71
8	Analyse quantitative des variables du modèle : temps 1	73
9	Mesure de la fidélité temporelle	75
10	Synthèse des construits théoriques associés aux numéros de questions du questionnaire final	76
11	L'importance des croyances comportementales et leur probabilité	78
12	L'importance des croyances normatives et la motivation à se conformer	80
13	L'importance des croyances de contrôle facilitantes et l'évaluation de la probabilité	81
14	L'importance des croyances de contrôle contraignantes et l'évaluation de la probabilité	82

LISTE DES FIGURES

Figure

1	Schématisation de la théorie de l'action raisonnée	19
2	Schématisation de la théorie du comportement planifié	23
3	Éléments de recherche de la recension des écrits	34

LISTE DES APPENDICES

Appendice

A	Formulaires d'information et de consentement à l'intention des patients – Phase 1	112
B	Questionnaire préliminaire – Phase 1	118
C	Formulaires d'information et de consentement à l'intention des patients – Phase 2	124
D	Certificat d'approbation éthique.....	131
E	Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains et lettre de rapport final UQTR.....	135
F	Grille d'analyse finale des 3 experts pour validation du contenu du questionnaire préliminaire.....	138
G	Questionnaire final – Phase 2.....	146

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACCF : *American College of Cardiology Foundation*

AE : *Adherence Estimator*

AHA : *American Heart Association*

AIT : accident ischémique transitoire

ASA : acide acétylsalicylique

Att : attitude

AVC : accident vasculaire cérébral

BB : bêta-bloqueurs

CCIIISC : Conseil Canadien des Infirmières et Infirmiers en Soins Cardiovasculaires

CHAUR : Centre hospitalier affilié universitaire régional

CHSLD : centre d'hébergement de soins longue durée

CIUSSS MCQ : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

COX-1 : cyclo-oxygénase-1

CP : contrôle perçu

DEC : diplôme d'études collégiales

DES : diplôme d'études secondaires

DTAP : double thérapie anti-plaquettaire

DRAW : *Drug Adherence Work-up*

IAM : infarctus aigu du myocarde

HTA : hypertension artérielle

HR : *hazards ratio* (risque relatif instantané)

IAMEST : infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST

IAMNEST : infarctus aigu du myocarde sans élévation du segment ST

IC : intervalle de confiance

IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

MCS : maladie coronarienne stable

MCAS : maladie coronarienne athérosclérosante

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : *odds ratio*

PCC : perception de contrôle comportemental

NS : norme subjective

TAR : Théorie de l'action raisonnée

TCP : Théorie du comportement planifié

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche n'aurait jamais pu aboutir sans l'aide précieuse de plusieurs personnes, qui m'ont soutenu tout au long de ce chemin. Je veux donc dire merci, à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce projet et dont je ne peux ici en énumérer tous les noms. Cependant, je me dois de remercier du fond du cœur, ma directrice, Mme Julie Houle, qui a su m'épauler tout au long de ce projet. Julie, j'ai toujours senti que tu avais une profonde confiance en moi. Ton énergie, ta bonne humeur ainsi que ta passion dévorante pour la recherche infirmière ont réussi à me conduire la fin de ce projet malgré quelques écueils et découragements. Tu fais partie des personnes qui ont eu une grande influence dans ma vie personnelle et professionnelle et je t'en remercie. Un grand merci à M. Jean Lemoyne, codirecteur de ce projet, qui a accepté de venir collaborer à un projet infirmier et qui a réussi à m'éclairer grâce à son expertise. Jean, ta disponibilité et ton ouverture d'esprit m'ont facilité la tâche et je ne saurais l'oublier. Je remercie les différentes professionnelles qui ont accepté de mettre l'épaule à la roue et sans qui je n'aurais pu mener à terme ce projet. Sur une note plus personnelle, j'aimerais tout d'abord remercier Mme Anie Brisebois, qui agit avec moi comme un mentor. Anie, dès le début, tu as cru en moi, tu as su m'inspirer et me guider dans mon cheminement professionnel. Ensuite, je ne peux passer sous le silence le soutien inestimable que mes parents, Micheline et Nelson m'offrent depuis le premier jour de ma vie d'étudiante. Vous m'avez toujours permis de foncer et vous avez mis en place les moyens pour que je puisse atteindre mes buts. C'est grâce à vous si l'éducation est une valeur si importante chez moi. Un merci immense à Philippe, mon amoureux, qui dit toujours oui à mes très nombreuses

idées et mes multiples projets. Je n'aurai jamais pu réaliser ce projet sans ta présence quotidienne. Finalement, je garde les mots de la fin pour mes deux garçons, qui ont vu le jour pendant ces années d'études à la maîtrise. Merci, Edouard et James, d'avoir accepté de me partager avec la grande école. J'espère de tout mon cœur que vous aussi, vous oserez poursuivre vos rêves et vos projets.

INTRODUCTION

L'importance de la double thérapie antiplaquettaire (DTAP) dans l'année suivant une angioplastie coronarienne avec mise en place de tuteurs est bien démontrée afin de prévenir de graves complications (Leon et al., 1998; Mehta et al., 2001). L'infirmière est préoccupée par l'adhésion à la DTAP car son rôle est entre autres d'évaluer les risques pouvant nuire à la santé du patient et assurer la prévention de la maladie cardiovasculaire. Le faible taux d'adhésion à la DTAP dans la première année suite à l'angioplastie coronarienne a été documenté par plusieurs études (Bonaca, Bhatt, Oude Ophuis, & et al., 2016; Cutlip, Kereiakes, Mauri, Stoler, & Dauerman, 2015; Dangas, Claessen, Mehran, Xu, & Stone, 2013; Spertus et al., 2006). Cutlip et al. (2016) mentionne que la non adhésion est présente chez 18,5% des patients après un an. Plusieurs interventions pour améliorer l'adhésion thérapeutique ont été développées et évaluées, dans le but d'éviter les risques de mortalité et morbidité associés à la non-adhésion à la DTAP. Dans un souci de coût-efficacité, il serait pertinent d'élaborer des interventions visant spécifiquement les personnes présentant un risque de non-adhésion. Il existe quelques questionnaires permettant d'évaluer l'adhésion à la pharmacothérapie. Cependant, ces questionnaires ont été développés pour être remplis par le patient a posteriori et ne permettent pas de prédire le comportement.

L'objectif principal de cette recherche est de mener les premières étapes préalables au développement d'un outil simple qui prédit le potentiel d'adhésion à la DTAP suite à une angioplastie coronarienne. Une étude descriptive à laquelle se sont ajoutées des étapes de validation d'un questionnaire a été menée. Cette recherche comporte trois objectifs

spécifiques: 1) identifier les croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP durant un an, 2) démontrer certaines qualités psychométriques du questionnaire élaboré à partir des croyances identifiées et 3) relever les croyances les plus saillantes en regard de la DTAP. Ce questionnaire a pour objectif d'expliquer l'intention comportementale ainsi que ses déterminants à adhérer à la DTAP durant une année.

Ce mémoire de maîtrise est divisé en six chapitres, qui viennent exposer les différents éléments qui composent la recherche. Le premier chapitre vient mettre en lumière la problématique qui a permis d'amorcer la réflexion ayant amené à la mise en place de ce projet. Les objectifs et questions de recherche y sont aussi élaborés. Le deuxième chapitre vient définir le cadre de référence, soit la Théorie du comportement planifié, choisi comme assise théorique. Le troisième chapitre présente la recension des écrits, élaborée selon les différents thèmes et concepts qui touchent l'intention d'adhérer à la DTAP. La méthodologie employée est décrite dans le quatrième chapitre. Le cinquième chapitre regroupe les résultats obtenus suite à l'analyse des éléments de réponses obtenus au cours de cette étude. Enfin, la discussion, qui vient porter un éclairage critique et analytique des différents résultats obtenus prend place dans le sixième chapitre. La conclusion de l'ouvrage présente un retour sur les points importants du projet et propose des recommandations pour de projets futurs, tant dans la pratique clinique que pour la recherche infirmière.

PROBLÉMATIQUE

L'adhésion à la thérapie médicamenteuse est un facteur déterminant pour une prise en charge optimale des maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires. Selon les données colligées par Statistique Canada (2015), les maladies cardiaques sont la deuxième cause de décès au Canada et ce, autant chez les femmes que les hommes. Elles sont responsables de 19,7 % des décès chez les canadiens. L'Agence de la santé publique du Canada (2010) regroupe sous l'expression « maladies cardiovasculaires » six différentes maladies touchant le cœur et les vaisseaux sanguins. Parmi celles-ci, la cardiopathie ischémique est celle qui touche le plus grand nombre de personnes au Canada, soit environ 2,4 millions de personnes de plus de 20 ans (Gouvernement du Canada, 2017). La maladie coronarienne qui regroupe l'angine stable et le syndrome coronarien aigu, fait partie de la cardiopathie ischémique. Mondialement, l'infarctus aigu du myocarde, faisant partie du syndrome coronarien aigu, est responsable de plus du tiers des décès dans les pays développés et ce, annuellement (Yeh et al., 2010).

L'angioplastie, communément appelée la dilatation coronarienne, consiste à ouvrir la lumière de l'artère occluse à l'aide de divers dispositifs, tels que les tuteurs coronariens, pour rétablir une circulation sanguine adéquate. Il s'agit du traitement recommandé de l'infarctus aigu du myocarde lorsqu'un centre hospitalier ayant un service de cathétérisme cardiaque est accessible dans un délai de 90 minutes suivant l'admission du patient à l'urgence. L'angioplastie permet la reperfusion myocardique et ce, dans un délai favorable (O'Gara et al., 2013). Selon les lignes directrices de l'*American College of Cardiology Foundation* (ACCF) et de l'*American Heart Association* (AHA) ainsi que celles de la Société canadienne de cardiologie, suite à une angioplastie primaire avec mise

en place de tuteurs coronariens, une double thérapie antiplaquettaire (DTAP) doit être amorcée immédiatement et poursuivie sans interruption pour une année complète (Mehta et al., 2018; O'Gara et al., 2013). De plus, selon Levine et al. (2016), lors d'un événement coronarien non-aigu traité par la mise en place de tuteurs coronariens médicamenteux, une DTAP doit être débutée et maintenue au moins six mois suivant l'intervention. Cette recommandation est aussi appuyée par Mehta et al. (2018), qui suggère aussi qu'une durée de DTAP plus courte pourrait entraîner un risque accru d'événements ischémiques. Les médicaments utilisés pour cette double thérapie sont : les salicylates, tel que l'acide acétylsalicylique (ASA), ainsi que les inhibiteurs des récepteurs P2Y₁₂, tel que le clopidogrel, le prasugrel, ainsi que le ticagrelor. Il est connu depuis longtemps que la DTAP permet de réduire la thrombose subaiguë de tuteurs coronariens (Leon et al., 1998), et on a aussi démontré qu'elle diminue les événements cardiaques majeurs suite à un syndrome coronarien aigu, traité par angioplastie ou non (Mehta et al., 2001). Il est important de mentionner que certaines études récentes tendent à démontrer que la continuation de la DTAP au-delà d'une année suite à la mise en place du tuteur médicamenteux réduit de manière significative le risque de thrombose de tuteur ou d'événements cardiovasculaires ou cérébrovasculaires majeurs, mais est cependant associé à une augmentation du risque de saignements (Mauri et al., 2014; Mehta et al., 2018).

La cessation prématurée de la DTAP est le facteur de risque le plus important pour une thrombose de tuteurs coronariens durant l'année qui suit une angioplastie (Iakovou et al., 2005). La thrombose d'un tuteur est une complication sérieuse qui peut entraîner des conséquences graves si elle n'est pas traitée rapidement. L'étude PREMIER (Spertus et al., 2006) a démontré que le taux de réhospitalisation était augmenté chez les patients qui ont cessé de manière prématurée la DTAP en comparaison à ceux qui y ont adhéré efficacement. Toujours selon ces auteurs, environ un patient sur sept ayant fait un infarctus aigu du myocarde qui a reçu un tuteur médicamenté ne prend plus les antiplaquettaires de type *thienopyridines*, tels que le clopidogrel ou le prasugrel les 30 jours suivant l'implantation (Spertus et al., 2006). Il est important de préciser que l'étude HORIZON-AIM (Dangas et al., 2013) a démontré que la relation entre la DTAP et la thrombose de tuteur coronarien varie dans le temps. Cette étude avait entre autres comme objectif de comprendre la relation entre le moment de cessation de la DTAP et le risque de souffrir d'une thrombose de tuteur chez une clientèle ayant subi une angioplastie primaire suivant un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). La thrombose subaiguë est fortement liée à l'arrêt ou la prise irrégulière d'une ou des deux composantes de la DTAP. Cependant, il a aussi été observé que l'adhésion thérapeutique est plus élevée lors du premier mois suivant l'implantation du tuteur coronarien à la suite d'une angioplastie primaire. La thrombose tardive du tuteur est associée à la faible adhésion thérapeutique lors de la période de 1 à 6 mois suivant l'implantation. Cette association tend à diminuer lors de la période de 6 mois à un an suivant l'implantation (Dangas et al., 2013). Il est pertinent de préciser que toujours selon l'étude HORIZON-AIM, l'incidence

cumulative d'une récurrence d'un infarctus aigu du myocarde suite à une angioplastie primaire était de 1,8% à 30 jours, de 4,0% à 1 an et de 6,9% à 3 ans lorsque la DTAP n'a pas été observée. De plus, la thrombose du tuteur coronarien était responsable de 76,3% des ré-infarctus survenant dans les 30 jours et de 52,0% de tous les ré-infarctus dans les 3 ans (Stone et al., 2014). Selon une analyse secondaire de l'étude PEGASUS-TIMI 54 (Bonaca et al., 2016), la faible adhésion est particulièrement marquée dans les 90 jours suivant l'événement coronarien aigu. Il devient donc primordial de favoriser la DTAP dès l'implantation des tuteurs coronariens, et ainsi diminuer le risque d'événements indésirables liés à une thrombose secondaire à la non-adhésion à la DTAP.

Avant d'aborder le but de ce projet de recherche, il est pertinent de venir placer les différents thèmes qui seront traités dans ce mémoire. Le but, les objectifs ainsi que les questions qui ont servi de prémisses à cette recherche seront définis plus loin dans le présent chapitre. En premier lieu, il convient de préciser que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini l'adhésion thérapeutique à long terme comme étant l'importance selon laquelle les patients suivent les recommandations d'un professionnel de la santé en matière de comportement tel que prendre de la médication, suivre un régime alimentaire et/ou faire des changements dans un mode de vie (Sabaté, 2003). Cependant, cette définition peut être critiquée par les experts en comportement. En effet, bien que cette définition permette entre autres d'établir objectivement la mesure de l'adhésion thérapeutique, elle ne tient toutefois pas compte des facteurs qui influencent la prise de décision de poser un comportement ou non. Dans le cadre de ce mémoire, le terme utilisé sera adhésion thérapeutique selon la définition donnée par Lamouroux, Magnan, et

Vervloet (2005). Ces auteurs définissent l'adhésion thérapeutique comme la dimension attitudinale de l'observance thérapeutique. Elle renvoie aux facteurs pouvant intervenir sur le comportement.

Parmi ces facteurs qui peuvent agir sur le comportement, notons entre autres, les croyances liées à l'attitude à l'égard du comportement et celles se rapportant en lien avec les opinions des personnes significatives pour le patient. De plus, pour faire suite à la définition de l'adhésion thérapeutique élaborée par Lamouroux et al. (2005), la théorie retenue dans le cadre de cette recherche est le modèle de la Théorie du comportement planifié (TCP), élaboré par Fishbein et Ajzen (Ajzen, 1985, 1991). Il servira de cadre de référence afin d'identifier les déterminants de l'adhésion à la DTAP. Malgré le fait que la TCP provient du domaine de la psychologie sociale, elle serait l'une des théories les plus performantes pour prédire et expliquer plusieurs comportements liés à la santé (Godin & Kok, 1996). Une méta-analyse réalisée par Armitage et Conner (2001) vient aussi démontrer de tels résultats. Cette théorie a déjà été utilisée pour prédire et expliquer une multitude de comportements liés à la santé. Parmi les comportements expliqués, nous retrouvons le port du condom, l'adhésion aux agents oraux oncologiques, l'activité physique, l'auto-examen des seins, l'auto-mesure de la pression artérielle et la consommation d'alcool. Il est possible d'énoncer que selon la TCP, l'intention d'agir ainsi que la perception de contrôle vont déterminer le comportement et peuvent permettre de le prédire. Il semble important de préciser que le passage du temps peut venir influencer l'intention. De plus, l'arrivée soudaine d'évènements ou la connaissance de faits nouveaux peut modifier la qualité de la prédiction (Godin, 2012).

Tel que mentionné précédemment et ainsi pouvoir contrer la faible adhésion thérapeutique, en plus de définir les croyances reliées à la DTAP à l'aide de la TCP, il est important de comprendre les multiples facteurs qui peuvent être la cause de cette faible adhésion. L'OMS a défini cinq grandes catégories pour regrouper ces facteurs. Ces catégories sont : 1) les facteurs socioéconomiques, 2) les facteurs liés avec le système de santé et l'équipe traitante, 3) les facteurs reliés à la maladie, 4) les facteurs reliés au patient et 5) les facteurs reliés au traitement (Sabaté 2003). De manière plus générale, d'autres auteurs ont suggéré de regrouper ces facteurs dans trois catégories soit : 1) les facteurs liés au patient, 2) les facteurs liés au médecin et 3) les facteurs liés au système de santé et l'équipe traitante (Brown & Bussell, 2011).

Les facteurs impliqués dans le changement

La personne touchée par un syndrome coronarien aigu vit plusieurs changements et la modification des habitudes de vie est souvent requise. L'adhésion au traitement pharmacologique est l'une des habitudes de vie que la personne doit adopter et maintenir. La littérature a démontré que plusieurs obstacles entrent en ligne de compte et influencent celle-ci. Parmi les autres facteurs, notons, le manque de compréhension face à la problématique de santé. Viennent ensuite la durée du traitement pharmacologique et la croyance selon laquelle le médicament n'est pas nécessaire au maintien de l'état de santé (Garavalia, Garavalia, Spertus, & Decker, 2009). Plusieurs éléments démographiques peuvent aussi influencer l'adhésion à la prise des médicaments, tels que le niveau de scolarité, le manque de soutien social ainsi que le fait de vivre seul (Lauck, Johnson, & Ratner, 2009). Il est important de noter que les personnes aux prises avec un faible niveau de

littératie risquent d'être incapables de lire et de comprendre les notions inscrites sur les bouteilles de médicaments (Brown & Bussell, 2011). Cette population est présente dans les milieux de soins, mais cette condition est rarement connue et prise en compte par les professionnels de la santé tels que, les infirmières et les pharmaciens (Praska, Kripalani, Seright, & Jacobson, 2005). Finalement, la personne peut ne pas vouloir s'impliquer dans le processus décisionnel face à son traitement et à sa maladie (Garavalia et al., 2009). L'étude de Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens, et Salamonson (2007) a démontré que les patients doivent avoir des connaissances, une attitude et des aptitudes précises pour être capable de suivre adéquatement une thérapie médicamenteuse. Les auteurs ont aussi établi que lorsque le problème d'adhésion thérapeutique a été identifié, la communication entre le patient et les professionnels de la santé est essentielle et forme la base pour l'élaboration des stratégies et actions à entreprendre.

Interventions pour modifier les comportements

Plusieurs interventions doivent être mises en place pour améliorer l'adhésion à la thérapie médicamenteuse chez la clientèle cardiaque. Certaines de ces interventions ont démontré leur efficacité pour améliorer l'adhésion thérapeutique, parmi elles nous retrouvons l'implication d'une équipe interdisciplinaire ainsi que l'optimisation de la relation entre le patient et son médecin (Husted, 2009). Les interventions qui impliquent un suivi fait par un professionnel de la santé ont un impact positif sur la persistance de l'adhésion thérapeutique (Jiang, Sit, & Wong, 2007; Rinfret et al., 2013; Shah et al., 2009). Ces interventions ont été expérimentées lors de rencontres dans le cadre d'un programme de réadaptation en soins cardiovasculaires ou avant le départ du centre hospitalier, suite à

l'obtention du congé médical (Jiang et al., 2007; Rinfret et al., 2013; Shah et al., 2009). Cependant, malgré le fait que des interventions efficaces sont développées et mise en place pour améliorer l'adhésion, leurs impacts restent relativement modestes. Il y a donc peu d'amélioration dans les taux d'adhésion à la pharmacothérapie (Maddox & Ho, 2009). Plusieurs auteurs soutiennent qu'il serait important pour améliorer l'adhésion à la DTAP de cibler les patients à risque de faible adhésion (Gencer et al, 2015; Czarny et al, 2014; Duffy et al, 2014; Bird, Cannon & Kennison, 2011; Osterberg & Blaschke, 2005).

La mesure de l'adhésion à la thérapie médicamenteuse présente un défi puisque cela repose sur un comportement individuel (Brown & Bussell, 2011). Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour évaluer l'adhésion thérapeutique telles que : l'évaluation subjective faite par questionnaire, la mesure objective faite par décompte des comprimés et le dosage biochimique de marqueurs en lien avec la pharmacothérapie (Brown & Bussell, 2011). Il existe quelques questionnaires, tel que le questionnaire de Morisky (Morisky, Green, & Levine, 1986b), le questionnaire de Hill-Bone (Kim, Hill, Bone, & Levine, 2000) ainsi que l'outil *Drug Adherence Work-up* (Doucette et al., 2012) permettant d'évaluer la faible adhésion face à la pharmacothérapie. À notre connaissance, aucune méthode n'est utilisée dans les milieux hospitaliers pour permettre la prédiction du risque de non-adhésion suivant une angioplastie. Le fait de cibler les patients à risque de faible ou de non-adhésion à la DTAP permettrait de mettre en place des interventions et ainsi tenter de prévenir le comportement de non-adhésion.

Le problème de faible adhésion à la thérapie médicamenteuse est pertinent dans le cadre des activités infirmières puisque selon l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitement infirmier, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. (2019, p. 9)

De plus, selon le Conseil canadien des infirmières et infirmiers en soins cardiovasculaires (CCIISC), la promotion de la santé ainsi que la prévention de la maladie font partie des différents rôles des infirmières œuvrant en soins cardiovasculaires. L'infirmière doit évaluer et développer des moyens ainsi que des actions pour améliorer les comportements de santé dans le but d'optimiser la santé cardiovasculaire. Les stratégies de promotion efficaces vont amoindrir les besoins en services curatifs et de réadaptation. L'infirmière doit aussi permettre l'identification des risques et encourager la mise en place de stratégies innovantes pour minimiser et éliminer l'impact de ces risques. De plus, dans une vision de prévention secondaire et tertiaire, l'infirmière doit aussi identifier les possibles barrières face aux thérapies planifiées (CCCN, 2015).

Objectifs et questions de recherche

L'objectif général de cette recherche est de mener les premières étapes préalables au développement d'un outil simple qui prédit le potentiel d'adhésion à la DTAP suite à une angioplastie coronarienne. Elle comporte trois objectifs spécifiques : 1) identifier les croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP durant un an, 2) développer

et valider un questionnaire ayant pour objectif d'expliquer l'intention comportementale ainsi que ses déterminants à adhérer à la DTAP durant une année et 3) relever les croyances les plus saillantes en regard de la DTAP. Afin d'atteindre ces objectifs nous allons tenter de répondre aux trois questions de recherche suivantes :

1. Quelles sont les croyances relatives à l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental des personnes traitées par angioplastie coronarienne envers la DTAP pour une année complète?
2. Quel est le degré de validité et de fidélité d'un questionnaire élaboré à partir des croyances identifiées pour expliquer l'intention comportementale ainsi que ses déterminants à adhérer à la DTAP durant une année après une angioplastie coronarienne?
3. Parmi les croyances identifiées, lesquelles sont les plus saillantes ?

CADRE DE RÉFÉRENCE

Les théories comportementales

L'étude des comportements de santé a fait l'objet de multiples recherches dans le domaine de la psychologie sociale. En ce sens, depuis les trente dernières années, une pléthore de modèles théoriques a été élaborée et testée dans le but de mieux comprendre l'adoption des comportements de santé chez différentes populations. Nous retrouvons entre autres parmi toutes ces théories, le Modèle des Croyances relatives à la Santé (Rosenstock, 1974), la Théorie Sociale Cognitive (Bandura, 1977), la Théorie du Comportement Planifiée (Ajzen, 1985), et le Modèle Transthéorique des Changements de Comportement (Prochaska, 1997).

La Théorie du comportement planifié (TCP) sert de cadre de référence pour ce projet de mémoire. Cette théorie est réputée pour être performante dans la compréhension et la prédiction d'un comportement lié à la santé (Godin & Kok, 1996). Issue de la psychologie sociale, la théorie a été élaborée par Ajzen en 1985 et elle permet de comprendre comment une personne peut être influencée à mettre en place un comportement dans une situation précise (Ajzen, 1985). La TCP est l'une des théories les plus largement testées en lien avec les facteurs qui influencent les comportements liés à la santé (McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011). Une méta-analyse a démontré que la TCP a déjà été utilisée pour étudier une multitude de comportements liés à la santé. L'un des buts principaux de cette méta-analyse était de tester l'efficacité globale de la théorie. Le port du condom, la pratique de l'activité physique, l'adoption d'une saine alimentation et le dépistage de diverses maladies en sont quelques exemples (Armitage et Conner, 2001). En outre, une

revue de littérature indique plus de 300 citations de la TCP à l'intérieur de journaux de sciences infirmières récents (McEwen & Wills, 2011). En ce sens, la TCP s'inscrit de manière pertinente à l'intérieur de la discipline infirmière. Le rôle des infirmières en est un de prévention et de promotion de la santé et la TCP, lorsqu'elle est utilisée dans le cadre d'une étude scientifique en recherche infirmière, peut être grandement efficace pour permettre de prédire l'adoption d'un comportement de santé spécifique. La TCP permet d'identifier les déterminants spécifiques d'un comportement. Par la suite, l'infirmière peut développer des interventions personnalisées et efficaces qui permettront d'accompagner la personne à mettre en place un plan d'action pour atteindre ses objectifs en lien avec le comportement souhaité. C'est pour cette raison que cette théorie sera la pierre d'assise de notre projet.

La Théorie de l'action raisonnée

La TCP est une extension de la Théorie de l'action raisonnée (TAR), qui avait été élaborée quelques années auparavant (Ajzen & Fishbein, 1980). Il est donc pertinent de dresser un survol de ces deux théories. La TAR (voir Figure 1) a été développée dans le but d'expliquer de quelle manière une personne adopte un comportement. Plus spécifiquement la TAR porte attention aux comportements volitifs, c'est-à-dire qui sont relatifs à une manifestation de la volonté personnelle à accomplir un comportement. Ainsi, la TAR repose de manière exclusive sur la motivation envers un comportement, donc sur l'intention vis-à-vis ce dernier. Le postulat principal de la TAR repose sur le fait que l'attitude et la norme sociale sont les éléments clés qui favorisent le développement

d'intentions à mettre en place un comportement. Les réponses cognitives et émotionnelles qui apparaissent spontanément lors de la réflexion pour l'adoption du comportement sont regroupées sous le thème de l'attitude ainsi que l'évaluation des conséquences que l'accomplissement du comportement peut entraîner. La norme subjective informe sur l'importance que la personne accorde à l'opinion des gens significatifs face à l'adoption ou non d'un comportement donné. Ainsi, le postulat principal de la TAR stipule donc que le déterminant immédiat d'un comportement est l'intention de la personne à réaliser ou non un geste précis. Le comportement est déterminé par l'intention, qui elle, est influencée par l'attitude à l'égard du comportement et par la norme subjective. Tel que l'indique la Figure 1, les déterminants de l'intention (attitude et norme subjective) prédisposent un individu à développer une intention envers un comportement précis. Les déterminants de l'intention sont quant à eux, développés à partir d'un système de croyances et de valeurs.

L'attitude. L'attitude (Att) à l'égard d'un comportement se définit par les croyances et les valeurs personnelles, reliées aux résultats positifs ou négatifs obtenus lors de l'accomplissement du comportement (croyances comportementales). Pour chacune des croyances, la personne estime la probabilité que la conséquence directe soit reliée à la réalisation de l'action, représentée par les croyances comportementales (b). Elle évalue alors de manière subjective la valeur et l'importance de la conséquence (e). L'attitude peut donc être mesurée par la somme de chacune des croyances comportementales (b), pondérée par son évaluation subjective (e). Donc, selon Ajzen & Fishbein (1980), les individus associent des conséquences à leur action comme directement liée à leurs croyances personnelles et donc, ils attribuent à ces actions une valeur. Par exemple, un

patient peut croire que la DTAP fait augmenter le risque de saignement, puisqu'il a déjà pris de l'ASA et qu'il avait présenté un léger saignement de nez dans les jours suivants.

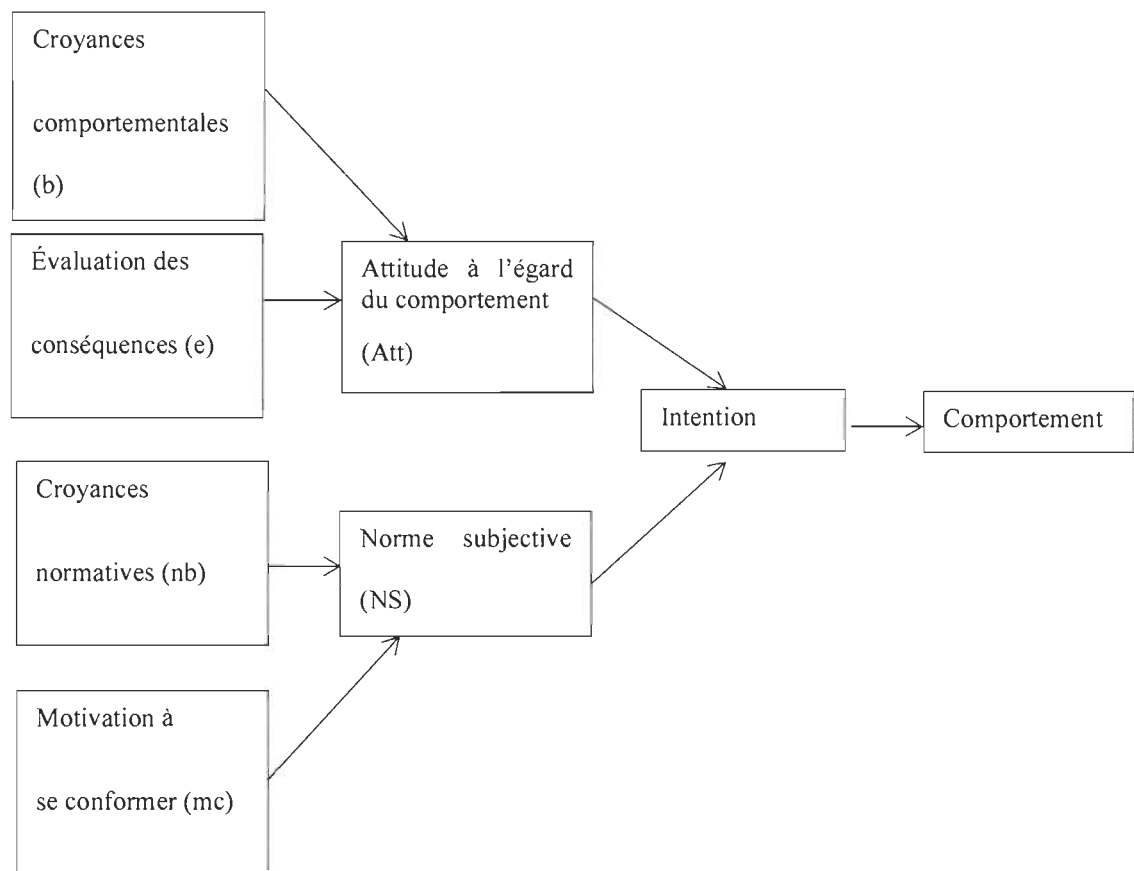


Figure 1. Schématisation de la Théorie de l'action raisonnée (adaptée d'Ajzen & Fishbein, 1980).

La norme subjective. La norme subjective (NS) est déterminée par les croyances normatives d'une personne. Cela représente les perceptions des influences sociales en lien avec l'action à accomplir, soit l'importance accordée à l'opinion des personnes significatives. La motivation à se conformer aux recommandations de l'entourage social d'un individu a aussi un impact. Elle démontre un désir de se conformer à l'avis de ces personnes. La norme subjective est donc mesurée par les croyances normatives (nb) pondérées par la motivation personnelle à se conformer aux opinions des individus qui consistent en l'environnement social (mc) (Ajzen & Fishbein, 1980). Par exemple, un patient ayant subi une angioplastie coronarienne pourrait être influencé par sa conjointe à prendre sa DTAP régulièrement, puisque celle-ci est une personne importante pour le patient, dont l'opinion compte vraiment et qu'elle est favorable à la prise de la DTAP.

L'intention et le comportement. L'intention est une indication de la motivation d'une personne à effectuer un comportement donné, et elle est considérée comme l'antécédent immédiat du comportement (Ajzen, 1985). L'intention envers un comportement est influencée entre autres par les déterminants élaborés dans la TAR, soit l'attitude et la norme subjective.

Ajzen (2006) mentionne que le comportement doit se définir à l'aide de quatre composantes, soit la cible ou l'objet, l'action, le contexte et le temps. Le comportement est défini comme la réponse manifeste et observable dans une situation donnée par rapport à une cible donnée. Dans le présent projet, l'adhésion à la DTAP pendant la prochaine année est définie comme le comportement à adopter. La TAR ne s'applique qu'aux

comportements volitifs et elle prend en compte seulement l'impact des relations entre la personne et les autres qu'à travers les croyances de normes sociales (Robichaud-Ekstrand et al., 2001). Or dans le domaine des habitudes de vie en lien avec la santé, l'adoption des comportements favorables à la santé ne passe pas simplement par un système de croyances personnelles, puisque les individus peuvent rencontrer des obstacles qui rendent l'adoption de comportement plus difficile. En ce sens, la TAR comporte des limites qui la rendent difficilement généralisable aux divers comportements de santé. C'est donc sur cette prémisse que la TCP a été développée.

La Théorie du comportement planifié

Tel que mentionnée précédemment, la TCP se veut une extension de la TAR, et prend en considération la dimension du contrôle perçu en lien avec des comportements spécifiques. Ce concept correspond à la perception de contrôle comportemental, qui se définit comme le reflet de la perception d'une personne au regard de sa capacité à adopter un comportement, dans un contexte général ou lorsque le contrôle volitif est limité (voir Figure 2). Pour tenter de prédire un comportement sur lequel la personne ne possède qu'un contrôle limité, il faut être en mesure d'évaluer son intention et d'estimer le degré de contrôle que la personne pense avoir sur le comportement. Pour se faire, il faut connaître la probabilité de rencontrer des conditions facilitantes ou bien, à l'opposé, les barrières anticipées lors de la mise en place du comportement ciblé. Selon Ajzen (1991), le contrôle perçu peut agir sur l'intention de mettre en place un comportement ou bien, peut influencer directement sur l'adoption du comportement lorsque celui ne relève pas du contrôle

volitif. Dans un tel cas, ce contexte réfère au concept de contrôle réel sur le comportement, ce qui signifie que cette relation directe sera valide seulement si le jugement de la personne correspond à la réalité (Godin, 2013).

La perception de contrôle comportemental. La perception de contrôle comportemental (PCC) est liée au comportement et elle réfère à la perception que possède une personne à être capable de mettre en place (facilement ou non) l'adoption d'un comportement spécifique. En d'autres mots, ce sont les croyances d'un individu concernant les ressources dont il dispose pour arriver à adopter un comportement. La PCC est influencée par des facteurs internes comme les connaissances, les aptitudes et les habiletés et par des facteurs externes tels que le temps, l'argent et le soutien social (Godin & Kok, 1996). Ces facteurs peuvent être facilitants ou contraignants.

Pour avoir la possibilité de mesurer la PCC, Ajzen (1985) suggère une interaction entre les croyances de contrôle (c) et ensuite faire la pondération par l'évaluation de l'intensité (p) de chacune des croyances pouvant influencer la personne (i.e. l'importance des facteurs de contrôle). Pour illustrer la perception du contrôle comportemental, nous pouvons prendre l'exemple d'un patient qui a accès à des assurances privées pour couvrir une partie des frais des médicaments de la DTAP. Il va donc considérer comme un facteur facilitant le fait d'avoir des assurances, ce qui va faciliter la mise en place du comportement, qui serait d'adhérer à la médication prescrite.

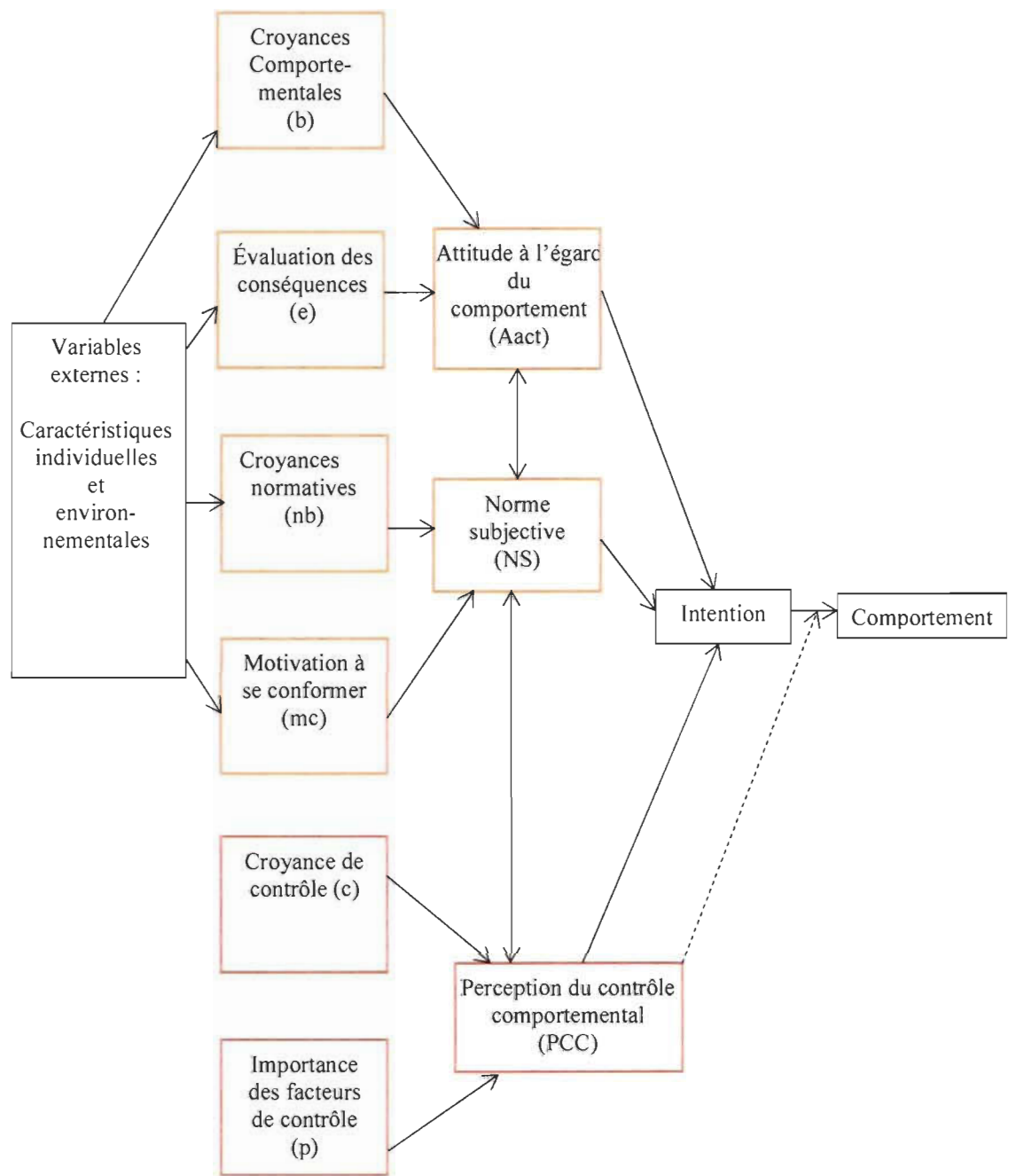


Figure 2. Schématisation de la Théorie du comportement planifié (adaptée d'Ajzen, 1985).

Selon la TCP, l'influence du contrôle perçu sur le comportement (CP) peut s'effectuer sur l'intention au même titre que l'attitude et la norme subjective. De plus, la PCC peut prédire directement le comportement, lorsque celui-ci n'est pas volitif. Donc, il est possible d'énoncer que selon la TCP, l'intention d'agir ainsi que la PCC détermineront le comportement. Il semble important de préciser que le passage du temps peut venir influencer l'intention. Par exemple, l'arrivée soudaine d'évènements ou la connaissance de faits nouveaux peut modifier la qualité de la prédiction (Gaston Godin, 2013). Concrètement, le vécu quotidien de la personne, par exemple, l'apparition d'un effet indésirable ou une conversation portant sur la DTAP avec un être cher, peut venir modifier les perceptions précédemment acquises en lien avec le comportement.

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits que l'on retrouve dans ce chapitre permettra de faire un retour sur les connaissances actuelles en regard des thèmes principaux découlant de la problématique de recherche. Deux thèmes seront abordés soit : 1) la maladie coronarienne, dont la physiopathologie de l'athérosclérose, l'angine stable et le syndrome coronarien aigu ainsi que les traitements 2) l'adhésion thérapeutique à la DTAP. La recension vise à fournir au lecteur une présentation des éléments pertinents en lien avec la présente étude afin d'en favoriser une compréhension théorique globale.

La maladie coronarienne et ses traitements

En premier lieu, il convient de diviser la maladie coronarienne athérosclérosante (MCAS) en deux catégories (Zipes et al., 2019). La première catégorie, la maladie coronarienne stable (MCS), comprend l'angine chronique stable, l'ischémie myocardique asymptomatique, les antécédents d'infarctus du myocarde ou de revascularisation coronarienne et finalement, l'athérosclérose coronarienne non obstructive. La MCS est plus fréquemment causée par une plaque athéromateuse qui obstrue ou qui rétrécit graduellement les artères coronaires (Zipes et al., 2019). Longtemps considérée comme une accumulation de cholestérol, la MCS est aujourd'hui comprise comme une maladie inflammatoire qui présente une interaction complexe de facteurs de risque incluant les cellules de la paroi artérielle et les messages sanguins et moléculaires qu'ils échangent (Libby & Theroux, 2005; Zipes et al., 2019). L'inflammation endothéliale, soit la paroi interne des artères, favorise le développement de plaques d'athérome par l'infiltration de certaines substances. Ces substances, tel que les cytokines et certains produits de la glycoxydation, augmentent l'adhésion de certaines molécules qui favorisent le collage des

leucocytes sanguins à la surface interne de la paroi artérielle (Choi et al., 2014; Libby & Theroux, 2005). D'autres facteurs sont aussi reconnus pour provoquer ou exacerber l'ischémie myocardique tels que l'anémie, les arythmies cardiaques et l'hypotension artérielle (Mihatov, Januzzi, & Gaggin, 2017).

Il est cependant important de préciser que de multiples facteurs contribuent à développer et à faire progresser l'athérosclérose. En premier lieu, parmi les facteurs de risques modifiables, nous retrouvons le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie ainsi que le tabagisme (Vernon et al., 2017), la sédentarité et l'obésité sont aussi des facteurs à considérer. Les principaux facteurs de risques non modifiables sont l'âge, le sexe, l'hérédité ainsi que l'insuffisance rénale (Montero-Cabezas et al., 2017).

L'angine stable est le résultat de l'ischémie myocardique qui est causé par un déséquilibre entre les besoins en O₂ du myocarde et les apports en O₂ (Zipes et al., 2019). La douleur thoracique ressentie dans l'angine stable est habituellement déclenchée par l'activité physique mais, peut aussi apparaître suite à un stress émotionnel. La description de la douleur angineuse élaborée pour la première fois par William Heberden en 1768 (Proudfit, 1983) est encore aujourd'hui d'actualité (Zipes et al., 2019). Une sensation d'oppression thoracique rétrosternale avec irradiation vers le territoire ulnaire du bras gauche ou du bras droit peut aussi être ressentie. La douleur angineuse peut aussi se présenter comme une douleur épigastrique, accompagnée ou non d'oppression thoracique. La douleur apparaît habituellement suite à un effort physique et va augmenter de manière

graduelle. Lorsque le patient cesse l'activité qui a généré la douleur angineuse ou que la nitroglycérine est administrée, celle-ci va habituellement disparaître rapidement.

Le traitement de l'angine stable est un traitement qui a pour but de réduire les symptômes associés à la douleur angineuse et de prévenir le syndrome coronarien aigu (Ambrosio et al., 2016). Pour ce faire, il est important de venir agir sur les facteurs de risques modifiables et favoriser un mode de vie sain et actif. Une thérapie polymédicamenteuse peut être ajoutée à la modification des habitudes de vie néfastes et finalement, une revascularisation des artères coronariennes peut être effectuée lorsque la thérapie médicamenteuse optimale a été tentée et que les symptômes persistent malgré tout (Ambrosio et al., 2016). La revascularisation consiste à la dilatation coronarienne ou à la chirurgie cardiaque par pontages.

Dans les paragraphes qui vont suivre, la deuxième catégorie de la MCAS sera résumée. Il s'agit du syndrome coronarien aigu qui est divisé en deux types d'évènements, soit l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) et l'infarctus aigu du myocarde sans élévation du segment ST (IAMNEST) incluant l'angine instable. Cette dernière présente une physiopathologie semblable à l'IAMNEST, c'est donc pour cette raison que les deux évènements ont été regroupés ensemble pour ainsi faciliter le traitement (Reed, Rossi, & Cannon, 2017). Dans la plupart des cas, le syndrome coronarien aigu résulte d'une thrombose coronarienne secondaire à une rupture d'une plaque d'athérome dite vulnérable ou de l'érosion de l'endothélium coronarien (Crea & Liuzzo, 2013; Libby, 2013; Libby & Theroux, 2005). Plusieurs phénomènes peuvent

amener à la création d'un thrombus lors de la rupture de la plaque. Suite à celle-ci, les plaquettes sont activées, ce qui va déclencher la cascade de coagulation et ainsi permettre la formation du thrombus et l'embolisation dans la portion distale de l'artère atteinte (Libby & Theroux, 2005; Reed et al., 2017). Il est maintenant connu et accepté par la communauté scientifique que des cellules inflammatoires sont présentes au niveau de la plaque d'athérome et créent alors une instabilité chez celle-ci qui va précipiter la rupture (Crea & Liuzzo, 2013). La rupture de la plaque favorisera le développement d'un caillot, qui va créer une occlusion coronarienne et entraîner de l'hypoxie cellulaire. Lorsqu'une occlusion coronarienne aigue survient et que la lumière de l'artère est partiellement obstruée, cela entraine habituellement un IAMNIST alors que l'occlusion totale de la lumière va conduire à une ischémie transmurale, qui touche l'entièreté de la paroi du muscle cardiaque, et va alors entraîner un IAMEST (Zipes et al., 2019). Les effets cellulaires de l'ischémie myocardique se font sentir dans les secondes suivant l'apparition de l'hypoxie. Un dommage cellulaire irréversible apparaît après 20 minutes et vient compromettre la contraction et la relaxation myocardique. Par la suite, le phénomène de nécrose est habituellement complété en six heures, à moins qu'une reperfusion coronarienne soit effectuée (Zipes et al., 2019).

Il convient à ce moment d'aborder les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques lors d'un syndrome coronarien aigu. Les buts du traitement sont de permettre un retour de la perfusion sanguine dans l'artère coronaire occluse, de soulager la douleur et de prévenir ou de gérer les complications, telle que la défaillance cardiaque ou les arythmies. Deux avenues sont à privilégier selon que le patient présente un

évènement tel qu'un IAMEST ou bien s'il souffre d'un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST.

Le traitement de l'IAMEST, qui présente un risque immédiat pour la survie du patient sera décrit en premier lieu. Depuis maintenant plus de 45 ans, un principe qu'on appelle *time is muscle*, tel un leitmotiv, guide le traitement de l'infarctus aigu du myocarde. Ce principe, élaboré par Eugene Braunwald et son équipe (Maroko et al., 1971), stipule que plus le temps passe, plus le territoire touché par l'infarctus sera grand et donc, plus le risque de mortalité est élevé (Reed et al., 2017). Les lignes directrices élaborées par l'*European Society of Cardiology* ainsi que par l'*American College of Cardiology Foundation / American Heart Association* ont établi la cible pour la réouverture de l'artère à moins de 90 minutes suivant l'apparition des symptômes (Ibanez et al., 2018; O'Gara et al., 2013).

Deux moyens peuvent être utilisés pour permettre l'ouverture de l'artère coronaire occluse. Le choix du moyen à privilégier est fait selon la disponibilité du traitement. Le premier moyen, la dilatation coronarienne primaire doit se faire dans une salle de cathétérisme cardiaque et nécessite donc un centre hospitalier qui est pourvu de ce type d'unité. La dilatation coronarienne consiste à débloquer l'artère à l'aide d'un minuscule ballon de dilatation et suite à la réouverture, l'implantation d'un tuteur coronarien est effectuée. La mise en place du tuteur coronarien diminue le risque d'une récurrence d'un infarctus aigu du myocarde suite à la dilatation (Nordmann, Hengstler, Harr, Young, & Bucher, 2004). Il existe différents types de tuteurs coronariens, soit les tuteurs

médicamenteux qui sont enduits d'un médicament, par exemple ; l'everolimus ou le zotarolimus qui permet un contrôle de la prolifération cellulaire de l'endothélium au sein du tuteur, et les tuteurs métalliques qui eux n'ont aucun enduit. Il est recommandé de mettre en place un tuteur médicamenteux en premier choix et d'éviter la mise en place d'un tuteur métallique (Ibanez et al., 2018). Il a été démontré que les tuteurs médicamenteux diminuent les taux de thrombose du tuteur ainsi que le taux de récurrence d'occlusion coronarienne nécessitant une revascularisation (Bønaa et al., 2016).

Le deuxième moyen, qui est tenté lorsque la dilatation n'est pas possible dans la fenêtre de temps souhaitée, est le traitement médicamenteux appelé thrombolyse (Ibanez et al., 2018; O'Gara et al., 2013). Un agent thrombolytique est administré par voie intraveineuse et va précipiter la lyse, soit la destruction de la fibrine et ainsi permettre la dissolution du caillot qui obstruait l'artère.

Finalement, un ultime traitement peut être tenté et ce, chez un type de patient précis. La chirurgie de pontage d'urgence est recommandée lorsque la dilatation coronarienne ne peut pas être effectuée pour une raison anatomique ou bien lorsqu'une complication mécanique de l'infarctus aigu est présente et menace la vie du patient (Ibanez et al., 2018; O'Gara et al., 2013).

Les buts du traitement pour l'IAMNIST sont le soulagement immédiat de l'ischémie myocardique ainsi que la prévention de l'apparition d'un IAMEST et le décès (Amsterdam et al., 2014). Les moyens pour y arriver sont sensiblement les mêmes que pour l'IAMEST, mais le délai pour les mettre place sont plus grands. La thrombolyse est

cependant contre-indiquée dans un contexte d'IAMNEST (Amsterdam et al., 2014). Lorsque l'état du patient est stabilisé et que la douleur de type rétrosternale est soulagée, une coronarographie avec dilatation est effectuée ou bien une chirurgie de pontage pourra être effectuée (Amsterdam et al., 2014).

Suite à un syndrome coronarien aigu, une modification des habitudes de vie doit être mise en place ainsi qu'une thérapie polymédicamenteuse sera instaurée dans le but de venir contrôler les facteurs de risque (Reed et al., 2017).

Tel que précédemment mentionné, la DTAP fait partie des multiples médicaments qui sont débutés suite à une intervention coronarienne percutanée. Ces médicaments, comprenant entre autres une statine ainsi qu'un bêtabloqueur, est mise en place dès l'implantation du ou des tuteurs coronariens et devra être poursuivie de un mois à un an dépendamment si le traitement a été initié suite à un événement coronarien aigu ou non (Levine et al., 2016; Mehta et al., 2018).

Selon Mehta et al. (2018), le traitement antiplaquettaire est un outil important dans le traitement et la prévention des événements athérosclérotiques, particulièrement ceux secondaires, c'est-à-dire, qui surviennent suite à la coronaropathie. Les médicaments qui composent la DTAP sont l'acide acétylsalicylique (ASA), ainsi qu'un thienopyridine, aussi connu sous le nom d'inhibiteur des récepteurs P2Y₁₂. La DTAP empêche la production de certaines substances ayant un effet pro-thrombotique comme la cyclo-oxygénase-1 (COX-1) ou empêche la stimulation des récepteurs P2Y₁₂ de l'ADP sur les plaquettes, ce qui va ainsi inhiber l'activation et l'agrégation des plaquettes, et de ce fait,

empêcher la formation d'un caillot. Parmi les inhibiteurs des récepteurs P2Y₁₂, on retrouve le Ticagrelor et le Prasugrel.

Les lignes directrices canadiennes et américaines actuelles, recommandent la prise de l'ASA 81 mg une fois par jour combinée avec le Ticagrelor 90 mg deux fois par jour ou le Prasugrel 75 mg une fois par jour et ce, chez les patients qui ont subi une dilatation coronarienne dans un contexte de syndrome coronarien aigu (Levine et al., 2016; Mehta et al., 2018), nonobstant l'implantation d'un tuteur de type médicamenté ou métallique. La raison de l'utilisation de ces deux molécules dans le contexte du syndrome coronarien aigu est leur rapidité à agir (Brunton, Knollmann, & Hilal-Dandan, 2018). Pour les patients chez qui la dilatation coronarienne résulte d'un évènement coronarien non aigu, tel que de l'angine stable, la recommandation est la prise d'ASA 81 mg, une fois par jour jumelée à la prise du Clopidogrel 75 mg, qui sera aussi pris une fois par jour.

Adhésion thérapeutique à la DTAP

Afin d'obtenir les effets escomptés par la DTAP sur la prévention d'une thrombose de tuteur coronarien, il est nécessaire que la personne adhère au traitement durant toute la période recommandée. Une recension des écrits touchant les différents éléments en lien avec la DTAP a été conduite à l'aide des bases de données CINAHL et MEDLINE. Une recherche par mots-clés, illustrée à la Figure 3, a permis de retenir et d'analyser 25 articles portant sur la DTAP.

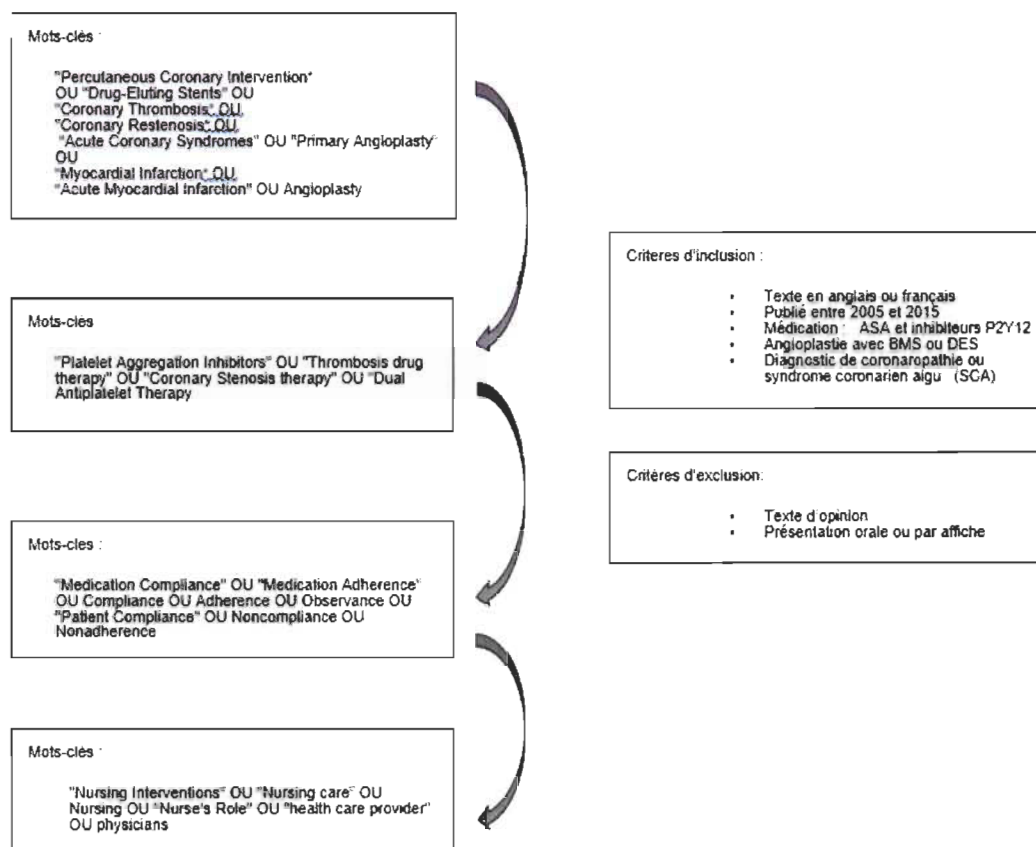


Figure 3 Éléments de recherche de la recension des écrits

En effet, plusieurs études viennent démontrer l'importance du maintien de la DTAP et sont répertoriées dans le Tableau 1. Comme ce tableau le démontre, les risques le plus élevé secondaire à la cessation de la DTAP est une thrombose de tuteur coronarien. Il est connu qu'une thrombose de tuteur coronarien peut entraîner un infarctus aigu du myocarde. De ce fait, une étude réalisée par Cutlip et al. (2015) vient démontrer que lorsque l'adhésion à la DTAP est faible pendant les six premiers mois, le risque de décès ou d'infarctus aigu du myocarde sont plus élevés. Malgré que ces risques soient connus, les taux d'adhésion à la DTAP à un an restent faibles. Deux études menées auprès de

patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde, ont démontré que les patients ont une faible adhésion à la médication cardiaque qui leur a été prescrite suite à l'évènement coronarien aigu. Premièrement, soulignons l'étude de Robin Mathews et al. (2015) réalisée auprès de 7 425 patients ayant subi une dilatation coronarienne suite à un infarctus aigu du myocarde. Dans cette étude, l'évaluation de l'adhésion à la médication a été faite à l'aide de l'échelle de Morisky. Cet outil d'évaluation sera abordé en détail plus loin dans la recension des écrits. Les résultats obtenus démontrent qu'à six semaines suivant leur hospitalisation, environ 30% des patients présente une adhésion modérée à leur médication cardiaque, incluant la DTAP. Cela correspond à un score entre 6 et 7 sur l'échelle de Morisky. De plus, 4% des patients ont rapporté une faible adhésion, soit un score inférieur à 6 sur l'échelle de Morisky. L'étude TRANSLATE-ACS, qui a observé l'adhésion à la médication cardiaque suite à un infarctus du myocarde, démontre que 31 % des patients ont cessé de prendre au moins un médicament ayant été prescrit pour leur condition cardiaque et ce, six mois suivant l'infarctus du myocarde (R. Mathews et al., 2015). De plus, une méta-analyse réalisée par Naderi, Bestwick, et Wald (2012), regroupant 376 162 patients répartis dans 20 études qui avaient pour but d'évaluer l'adhésion de la médication cardiovasculaire chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde (prévention secondaire) et chez ceux qui n'en ont pas souffert (prévention primaire), estime à 57% de taux d'adhésion global (95 % intervalle de confiance [50-64 IC]) sur une durée médiane de traitement de 24 mois.

Tableau 1

Importance du maintien de la DTAP

Auteurs (année) Pays	Échantillon	Type d'étude	Durée de l'étude	Principaux résultats
(Iakovou et al., 2005) Allemagne et Italie	N = 2229 Implantation tuteurs médicamentés	Prospective observation- nelle	Suivi 9 mois post- implantation	<p>Lors du suivi de 9 mois :</p> <p>29 patients présentent une thrombose de tuteurs (1,3%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 patients ont présenté une thrombose subaiguë, soit en moins de 30 jours (0,6%) - 15 patients ont présenté une thrombose tardive, soit de plus de 30 jours (0,7 %) - 7 patients sont décédés (24%) <p>La thrombose des tuteurs est secondaire à la cessation prématurée de la DTAP dans 29 % des cas recensés : <i>Hazard Ratio (95% IC) : 152 (52-442) p<0,001</i></p>
(Spertus et al., 2006) PREMIER- REGISTER États-Unis	N = 2498 Infarctus du myocarde avec mise en place d'au moins 1 tuteur médicamenté	Prospective	Suivi 36 mois post- implantation	<p>13,6 % des pts ont cessé la DTAP dans les 30 jours suivant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> - plus à risque de décès dans les 11 mois suivant comparativement aux patients adhérents à la DTAP : (7,5 % vs 0,7%; p<0,0001) - réhospitalisation (23 % vs 14 % p 0,08)

Tableau 1

Importance du maintien de la DTAP (suite)

Auteurs (année) Pays	Échantillon	Type d'étude	Durée de l'étude	Principaux résultats
(Dangas et al, 2013) HORIZON S-AMI TRIAL États-Unis	N = 2 997 Angioplastie primaire lors d'un STEMI	Prospective	Suivi 36 mois post- implantation, questionnaire sur la DTAP à chaque suivi	Thrombose subaiguë (moins de 30 jours) est fortement associée à la cessation prématurée de la DTAP La non-adhésion à la DTAP est faible le 1 ^{er} mois Thrombose tardive (1 à 6 mois) est associée à la cessation prématurée de la DTAP
(Cutlip et al., 2015) EDUCATE REGISTR Y	N= 2 265 Patients de plus de 18 ans avec mise en place tuteur médi- camenté avec zotarolimus	Prospective	Suivi 1 an post- implantation	9,6 % des patients ont signifié être non adhérent à la DTAP à six mois suivant l'implantation Non adhésion à six mois et moins est associée à un risque élevé de décès ou d'IAM (7,6% vs. 3,0%; $p < 0,001$) et une augmentation des thromboses de tuteurs (2,0% vs 0,9%; $p = 0,12$)
(Bonaca et al., 2016) PEGASUS- TIMI 54 TRIAL États-Unis	N = 21 162 Infarctus aigu du myocarde traité par ticagrelor ou placebo	Prospective	Suivi 33 mois	En 33 mois, 32 % des pts avec ticagrelor 90 mg bid et 29 % des pts avec ticagrelor 60 mg bid ont cessé le traitement ($p < 0,001$) 13 % des pts avec 90 mg bid ont cessé le traitement en 90 jours ($p < 0,01$) Raison majeure de la cessation : saignements non majeurs

Facteurs influençant l'adhésion à la DTAP

Pour favoriser l'adhésion à la DTAP, il est important d'en connaître les multiples facteurs qui peuvent provoquer la faible adhésion afin de les contrôler. Le Tableau 2 résume les différents facteurs proposés par Brown & Bussell (2011), selon les 3 catégories définies par ceux-ci, soit : 1) les facteurs liés au patient, 2) les facteurs liés au médecin et 3) les facteurs liés au système de santé et à l'équipe traitante.

Tableau 2

*Facteurs en lien avec la faible adhésion thérapeutique regroupés en trois catégories
selon Brown & Bussell (2011)*

Catégories	Facteurs
Liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> - manque de compréhension de la maladie - manque d'implication dans le processus décisionnel - littératie médicale sous optimale - croyances face au traitement - expérience antérieure en lien avec la pharmacothérapie - manque de motivation - problème de transport - faible compréhension en lien avec les instructions pour la prise de médication - temps d'attente à la pharmacie communautaire - problèmes de santé mentale - faible support familial et social
Liés au médecin	<ul style="list-style-type: none"> - difficulté à reconnaître la faible adhésion des patients - communication insuffisante entre les différents spécialistes, omnipraticiens et consultants - difficulté à expliquer clairement les bénéfices et les effets secondaires de la thérapie médicamenteuse - médication multiple et complexe - manque de considération de la situation financière du patient
Liés au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - coordination limitée des soins de santé - accès limité aux soins de santé - prix excessif des médicaments - technologies de l'information en santé non largement accessibles, rendent difficile l'accès à l'information en lien avec les différents séjours et rencontres du patient au médecin - surcharge de patients contribue à diminuer le temps accordé au patient lors des rencontres cliniques

Facteurs reliés au patient

Parmi ces facteurs notons, entre autres, le manque de compréhension face à la problématique de santé. Viennent ensuite la durée du traitement pharmacologique et la croyance selon laquelle le médicament n'est pas nécessaire au maintien de l'état de santé (Garavalia et al., 2009; Robin Mathews et al., 2015). Plusieurs éléments sociodémographiques peuvent aussi influencer l'adhésion à la prise des médicaments, tels que le niveau de scolarité, le manque de support social ainsi que les personnes vivant seules (Lauck et al., 2009; Robin Mathews et al., 2015). De plus, les personnes souffrant de dépression et les fumeurs actifs démontraient aussi une plus faible adhésion (Robin Mathews et al., 2015; R. Mathews et al., 2015). Il est important de rappeler que les personnes aux prises avec des troubles d'alphabétisation ou de faible littératie risquent d'être incapables de lire et de comprendre les notions inscrites sur les contenants de médicaments (Brown & Bussell, 2011). Cette population est présente dans les milieux de soins, mais cette condition est rarement connue des professionnels. Robin Mathews et al. (2015) soulignent que les patients avec le plus faible taux d'adhésion ne savent pas quoi faire lorsqu'ils sont à court de médicaments. Finalement, la personne peut ne pas vouloir s'impliquer dans le processus décisionnel face à son traitement et sa maladie. Il est important de mentionner que la faible adhésion à la DTAP peut être faite de manière intentionnelle ou non. Lorsque la faible adhésion est faite de manière intentionnelle, cela suppose que le patient a délibérément choisi de cesser ou de diminuer la prise de la médication et que ça semble être largement associé avec la motivation du patient (Molloy et al., 2014).

Facteurs reliés au médecin

Il a été démontré que les médecins ont de la difficulté à expliquer clairement les bénéfices du traitement nouvellement introduit ainsi que les effets secondaires attendus en lien avec celui-ci (Garavalia et al., 2011; Pettersen et al., 2018). Or, l'un des facteurs les plus important en lien avec la faible adhésion à la thérapie médicamenteuse est l'apparition d'effets secondaires (Bonaca et al., 2016; R. Mathews et al., 2015). L'effet secondaire le plus souvent ressenti lors de la prise de la DTAP est le saignement. Le médecin se doit donc de discuter des effets secondaires lors de l'introduction d'une nouvelle médication et de considérer les craintes du patient lorsqu'il prescrit les médicaments si le problème de santé le permet. Une étude a récemment démontré que les préférences des patients ayant subi un syndrome coronarien aigu en lien avec leur traitement diffèrent de celui de leur cardiologue, et donc que la perception des bénéfices versus des risques associés au traitement est différente (Yuan et al., 2014). De plus, 90 % des patients ont manifesté le souhait de participer à la prise de décision, alors que seulement 31 % ont pu discuter avec leur cardiologue des options de traitement s'offrant à eux (Fowler et al., 2012) et 72 % ont rapporté que le médecin avait pris la décision seul en lien avec le type de tuteur implanté (Spertus et al., 2015). La communication faite par le spécialiste vers les autres spécialistes ou le médecin traitant est souvent insuffisante, ce qui est aussi problématique et empêche l'information de circuler et de rejoindre les professionnels qui collaborent avec le patient.

Facteurs reliés au système de santé et à l'équipe traitante

De plus, dans le contexte actuel des soins de santé, les patients ayant subi une angioplastie voient leur temps d'hospitalisation diminuer grandement. Certains patients, présentant de faibles risques, peuvent recevoir leur congé deux jours suivant l'intervention coronarienne (Jones et al., 2012). Le fait de raccourcir la durée d'hospitalisation risque aussi de restreindre le temps d'enseignement qui doit être fourni au patient pour permettre à celui-ci de comprendre sa problématique de santé, les actions et les changements à prendre en lien avec celle-ci. Garavalia et al. (2009) rapportent que lorsque de l'enseignement sur une nouvelle médication est donné, plusieurs informations importantes sont souvent oubliées, telles que le nom du médicament, la durée et le but du traitement. Les besoins d'informations ainsi que la prise de décision d'un patient changent lors de la période de récupération suite à un infarctus aigu du myocarde. Pour favoriser l'apprentissage, l'infirmière doit donc évaluer les besoins du patient et accroître l'enseignement lors de la période la mieux choisie pour celui-ci (Decker et al., 2007). De plus, tel que mentionné par Albert (2008), elles devraient prendre un rôle prépondérant l'éducation et la mise en place d'efforts stratégiques, pour ainsi soutenir les comportements optimaux des patients en matière d'auto soins et ainsi favoriser l'adhésion aux médicaments. Comme nous venons donc de le démontrer, les différents professionnels de la santé dont font partie les infirmières, les pharmaciens, ainsi que les médecins ont un rôle important à jouer pour favoriser l'adhésion à la DTAP. Cependant, il semble difficile pour ceux-ci d'évaluer quel patient présente un risque de faible adhésion ou non. Bird, Cannon, et Kennison (2011) soulignent le fait que très peu d'outils de dépistage sont

utilisés dans la pratique pour permettre une évaluation adéquate. L'utilisation d'outils de dépistage de manière proactive permettrait donc d'identifier les patients qui sont à risque de faible adhésion (Bird et al., 2011; Czarny, Nathan, Yeh, & Mauri, 2014; Garavalia et al., 2009; Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008; Osterberg & Blaschke, 2005). Nous allons donc aborder dans les prochains paragraphes les outils de dépistage connus.

Évaluation de l'adhésion thérapeutique à la pharmacologie

Plusieurs méthodes d'évaluation de l'adhésion thérapeutique ont été utilisées ces dernières années, soit de manière directe, comme la mesure d'un taux pharmacologique dans le sang, ou bien de manière indirecte, comme l'analyse des relevés de pharmacie ou bien l'administration de questionnaires auto-rapportés (Arnet, Metaxas, Walter, Morisky, & Hersberger, 2015), méthode préconisée par la présente étude. La recension des écrits ne nous a pas permis de recenser un outil de dépistage spécifique à la DTAP. Par contre, des outils administrés sous forme de questionnaires ont été élaborés et validés, et ce dans le but d'évaluer l'adhésion à la pharmacothérapie en lien avec différentes problématiques de santé. Le Tableau 3 présente les différents outils utilisés pour évaluer l'adhésion à certains médicaments.

Mentionnons tout d'abord l'échelle de Morisky (Morisky, Ang & Krousel-Wood, 2008). Cet outil, élaboré au début dans les années 1980 par Morisky, Green, et Levine (1986a) avait été développé pour évaluer l'adhésion en lien avec la pharmacothérapie chez la clientèle atteinte d'hypertension artérielle. Lors de son élaboration, ce questionnaire comportait 4 questions fermées nécessitant oui ou non comme réponse (Morisky et al.,

1986b). Des points sont accumulés selon les réponses données par les patients et le score total vient préciser si l'adhésion est faible ou bonne (Jiang et al., 2007; Kim et al., 2000; McHorney, 2009; Quilici et al., 2013). Par la suite, l'outil a été bonifié et contient maintenant huit items. Nous retrouvons sept questions fermées et une question dont la réponse se trouve sur une échelle Likert-5 points. Cette nouvelle version a été validée et il a été démontré que le questionnaire était fiable ($\alpha = 0.83$) et était associé de manière significative au contrôle de la pression artérielle ($p < 0.05$). La sensibilité de mesure pour identifier les patients présentant une forte adhésion thérapeutique versus ceux qui présentent une faible adhésion a été estimée à 93 % et la spécificité à 53% (Morisky et al., 2008). De plus, une étude transversale publiée en 2009 par Krousel-Wood et al. vient confirmer que le questionnaire de Morisky est significativement associé aux données de renouvellement pharmaceutique en lien avec la médication anti-hypertensive. À ce jour, le questionnaire de Morisky a été traduit en plus de 50 langues différentes et est utilisé pour évaluer l'adhésion pharmacologique en regard de différentes conditions médicales chroniques (Arnet et al., 2015).

The Adherence Estimator (AE), est un outil élaboré par Mc Horney (2009), permet aux professionnels de la santé d'évaluer, à l'aide de trois questions, l'adhésion à une nouvelle médication en lien avec une maladie chronique. L'objectif de l'outil AE est d'évaluer la faible adhésion décrite comme intentionnelle. Une étude pilote a démontré que cet outil a le potentiel d'être utilisé à grande échelle (Treadway, Helmer, Farland, & Ray, 2015) et ce, pour évaluer la prise de médicaments de différents problèmes chroniques

tel que les maladies cardiovasculaires, la dyslipidémie, le diabète, l'ostéoporose ainsi que l'asthme.

Un groupe d'infirmières américaines ont créé le questionnaire *Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale* (Kim, Hill, Bone & Levine, 2000). Ce questionnaire permet d'évaluer trois comportements importants en lien avec le traitement de l'hypertension artérielle soit : 1) la consommation sodique; 2) la prise de rendez-vous et 3) la prise de médication. Chacun des comportements est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points. Le questionnaire est dirigé par les professionnels de la santé lors des rendez-vous de suivi. La sensibilité et la spécificité de l'outil n'ont pas pu être démontrées puisque les concepteurs de l'outil n'ont pas défini une cible pour établir la limite entre l'adhésion et la non adhésion puisqu'elle n'a pas encore établie. De plus, l'outil a été développé pour une population d'adultes Afro-américains, ce qui est peu représentatif de la population en générale (Kim et al., 2000). Finalement, le *Drug Adherence Work-Up (DRAW)* est un court questionnaire rempli par le pharmacien (Doucette et al., 2012). Les questions demandent des réponses fermées. Cependant, ce questionnaire n'a pas fait l'objet d'études permettant d'évaluer sa validité et sa fidélité. Les deux outils précédemment décrits ont fait l'objet d'une étude ayant pour but de décrire les expériences et les perspectives des pharmaciens et des étudiants en pharmacie (Witry, Doucette, Zhang, & Farris, 2014). La conclusion de cette étude souligne que les outils sont faciles à utiliser par les pharmaciens mais ne permettent pas d'évaluer s'ils peuvent contribuer à améliorer l'adhésion à la médication.

Tableau 3

Différents outils d'évaluation de l'adhésion à certains médicaments

Auteurs (année) Pays	Échantillon	Type d'étude	Nom de l'outil et utilisateurs	Principaux résultats
(Morisky, Ang & Krousel- Wood, 2008) États-Unis	N = 1367 avec hypertension artérielle	Expérimentale randomisée avec pré et post tests	Morisky scale Ancien : 4 items Nouveau : 8 items	Sensibilité : 93 % Spécificité : 53 % Clientèle hypertensive Peut être utilisée pour identifier les patients à haut risque de faible adhésion et évaluer l'adhésion en cours de traitement
(Mc Horney., 2009) États-Unis	N = 1772	Qualitative : groupes de discussion Quantitative : tests psychométriques	The Adherence Estimator 3 questions Professionnels de la santé	Sensibilité : 88 % Spécificité : 59 % Valide pour évaluer l'adhésion à une nouvelle médication en lien avec une maladie chronique
(Kim, Hill, Bone & Levine, 2000) États-Unis	Étude 1 N = 139 Hommes seulement Étude 2 N = 341 Hommes et femmes Afro-Américains	Recherche corrélacionnelle prédictive	Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale 14 questions Professionnels de la santé	Outil développé par des infirmières Étude 1 = α Cronbach 0,74; corrélation inter item 0,18 Étude 2 = α Cronbach 0,84; corrélation inter item 0,28 Pour évaluer l'adhésion à la médication pour traitant l'hypertension artérielle seulement

Tableau 3

Différents outils d'évaluation de l'adhésion à certains médicaments (suite)

Auteurs (année) Pays	Échantillon	Type d'étude	Nom de l'outil et utilisateurs	Principaux résultats
(Doucette et al., 2012) États-Unis	N = 22 patients 7 pharmaciens	Prospective	Drug Adherence Work-up (DRAW) 12 questions + guide sur l'adhésion Pharmaciens communautaires	Court questionnaire rempli par le pharmacien avec le patient lors d'une visite Les pharmaciens ont dit que l'outil pourrait être utile

Interventions pour améliorer l'adhésion à la pharmacothérapie

Plusieurs interventions peuvent être mises en place pour permettre l'amélioration de l'adhésion à la thérapie médicamenteuse chez la clientèle cardiaque. Certaines stratégies, qui ont été énumérées dans le Tableau 4, ont démontré leur efficacité pour améliorer l'adhésion thérapeutique, parmi elles nous retrouvons l'implication d'une équipe interdisciplinaire ainsi que l'optimisation de la relation entre le patient et son médecin (Husted, 2009). Les interventions qui impliquent un suivi fait par un professionnel de la santé ont un impact positif sur la persistance de l'adhésion thérapeutique. Ces interventions ont été expérimentées lors de rencontres dans le cadre d'un programme de réadaptation ou avant le départ du centre hospitalier, suite à l'obtention du congé médical (Goss et al., 2017; Jiang et al., 2007; Rinfret et al., 2013; Shah et al., 2009). De plus, l'envoi de messages textes quotidiens sur cellulaire (Quilici et al., 2013) ou d'appels téléphoniques ont aussi été démontré comme efficaces pour améliorer l'adhésion à la DTAP. (Rinfret et al., 2013).

Tableau 4

Interventions pour améliorer l'adhésion à la pharmacothérapie

Auteurs (année) Pays	Échantillon	Type d'étude	Durée de l'étude	Intervention	Principaux résultats et mesures d'association
(Jelinek et al., 2009) États-Unis	N = 656 Maladie coronarienne	Observation Intervention sans groupe contrôle	Intervention: 6 mois Suivi: 24 mois	4 appels téléphoniques à 6 semaines d'intervalle durant 6 mois par une nutritionniste ou une infirmière ayant suivi une formation de coach.	Amélioration des facteurs de risque et augmentation de l'utilisation des statines et des IECA entre l'hospitalisation (recrutement) et le suivi 24 mois.
(Shah et al., 2009) États-Unis	N = 292 Infarctus du myocarde	Descriptive corrélationnelle	52 ± 31 mois	Aucune	Faible persévérance à la pharmacothérapie après 3 ans. Taux de persistance : Statine 44%, BB 48% et IECA 43%. Participation à un programme de réadaptation cardiaque est associée à une amélioration de la probabilité de persévérer à prendre des statines et des IECA.

Tableau 4

Interventions pour améliorer l'adhésion à la pharmacothérapie (suite)

Auteurs (année) Pays	Échantillon	Type d'étude	Durée de l'étude	Intervention	Principaux résultats et mesures d'association
(Jiang, Sit, & Wong, 2007) Chine	N total = 167 Gr Exp. : 83 Gr Ctl :84 Angine ou infarctus du myocarde	Étude clinique randomisée contrôlée	Intervention : 12 semaines (début à l'hôpital) Suivi : 6 mois	Groupe suivi dans un programme de réadaptation cardiaque initial lors du séjour à l'hôpital et poursuivi pendant 12 semaines à domicile	Participation au programme a entre autres démontré une meilleure performance en lien avec l'adhésion thérapeutique médicamenteuse, et ce sur une période de 6 mois.
(Rinfret et al., 2013) Qc, Canada	N total = 300 Ratio 1:1 Implantation tuteur médicamentés	Étude clinique randomisée contrôlée	Suivi 1 an	Rencontre avec médecin et pharmacien sur l'importance de la DTAP 4 appels téléphoniques à 7 jours, 1, 6 et 9 mois suivant l'implantation effectués par un assistant de recherche ou une infirmière	Amélioration significative de l'adhésion à la double thérapie antiplaquettaire sur une période de 1 an.

Tableau 4

Interventions pour améliorer l'adhésion à la pharmacothérapie (suite)

Auteurs (année) Pays	Échantillon	Type d'étude	Durée de l'étude	Intervention	Principaux résultats et mesures d'association
(Quilici et al., 2013) France	N total = 546 Gr. Exp. : 250 Gr. Ctl. : 249 Syndrome coronarien aigu avec dilatation coronarienne	Étude contrôle randomisée	Durée intervention : 1 mois	Envoi de messages textes quotidiens motivacionnels pendant le premier mois suivant l'implantation de tuteur médicamenté ou non. Mesure de l'adhésion faite par questionnaire d'auto- évaluation ou par test de la fonction plaquettaire	Amélioration de l'adhésion à l'ASA à un mois en comparaison avec le groupe contrôle

IECA - inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; BB - bêta-bloqueurs; Gr. Exp. -Groupe expérimental; Gr. Ctl. - Groupe contrôle;

La recension des écrits a permis de répertorier seulement 3 études cliniques randomisées portant sur les interventions efficaces pour améliorer ou maintenir l'adhésion à la DTAP. Cependant, malgré le fait que des interventions efficaces soient développées et mises en place pour améliorer l'adhésion, leurs impacts restent relativement modestes (Maddox & Ho, 2009). Tel que démontré précédemment, les facteurs qui contribuent à la faible adhésion sont multiples, complexes et souvent personnalisés. Plusieurs personnes ayant un fort potentiel d'adhésion à la DTAP sont également ciblées par ces interventions. En effet, puisqu'il n'existe pas d'outil visant à discriminer les personnes à haut risque de faible adhésion, l'intervention était offerte à tous. Ainsi, il est logique de prétendre que les coûts et les ressources nécessaires pour offrir de telles interventions sont élevés. Pour ces raisons, il est pertinent de développer un outil qui permet d'évaluer la faible adhésion à la pharmacothérapie afin de faciliter le dépistage des patients à risque et ainsi mieux cibler les personnes pouvant bénéficier d'une telle intervention.

MÉTHODOLOGIE

Cette section vient élaborer la méthodologie utilisée afin de répondre aux objectifs ainsi qu'aux questions de recherche. En premier lieu, le type d'étude sera expliqué. Par la suite, la population cible, le milieu de recherche, le mode de recrutement, l'échantillonnage, les critères de sélection ainsi que les variables mesurées et leur plan d'analyse seront décrits et ce, pour chacune des deux phases du projet. Finalement, les limites méthodologiques de l'étude et les considérations éthiques seront présentées.

Type d'étude

En premier lieu, une étude descriptive a été réalisée (Fortin & Gagnon, 2016), à laquelle s'est ajouté des étapes de validation d'un questionnaire. Cette étude a permis d'identifier les différentes croyances et déterminants psychosociaux qui influencent l'intention d'adhérer à la DTAP. Les résultats issus de cette étude pourront éventuellement servir à développer un outil de dépistage pour identifier les patients à risque d'avoir une faible adhésion à la DTAP. Basé sur le modèle de la TCP d'Ajzen (1991), ces croyances ont été regroupées selon les construits formant cette théorie, soit l'attitude, la norme subjective, la perception de contrôle comportemental et l'intention.

Ainsi, le projet s'est divisé en deux phases. La première phase a permis d'identifier les croyances des personnes ayant subi une angioplastie coronarienne envers la prise de la DTAP. La deuxième phase a consisté à développer un questionnaire, à partir des croyances identifiées, ayant pour objectif d'expliquer l'intention comportementale à adhérer à la DTAP ainsi que ses déterminants.

Population cible

Les patients traités par angioplastie coronarienne, primaire ou élective chez qui la DTAP a été débutée suite à la mise en place de tuteurs médicamenteux, constituent la population ciblée de la présente étude. Un échantillon de convenance a été utilisé pour des raisons de faisabilité. Les critères de sélection seront précisés un peu plus loin lorsqu'il sera question de l'échantillon.

Phase 1. Identification des croyances

Le but qui était visé par la phase 1 du projet était de répondre à la 1^{ère} question de recherche. Cette phase a permis d'identifier quelles sont les croyances relatives à l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental des personnes ayant subi une angioplastie coronarienne envers la prise de la DTAP pour une année complète.

Échantillon.

Pour la phase 1, la taille de l'échantillon minimale souhaitée était de 20 répondants. En référence à Francis (2004), on suggère que cette taille d'échantillon s'avère satisfaisante pour identifier les principales croyances liées à un comportement. Pour cet échantillon, les répondants étaient des patients qui ont débuté la DTAP depuis au moins un mois (30 jours). Ils avaient donc une connaissance et une expérience en lien avec la prise de cette médication, et avaient potentiellement une meilleure appréciation des déterminants de l'adhésion à la DTAP (barrières, facteurs facilitant, avantages,

inconvenients, etc.). Il s'agit d'un échantillon non probabiliste de convenance, puisque les participants ont été recrutés sur une base volontaire.

Critères d'inclusion et d'exclusion.

Pour cette phase, 5 critères d'inclusion ont été retenus soit: 1) avoir plus de 18 ans; 2) avoir subi une fois une angioplastie coronarienne avec mise en place de tuteurs médicamenteux; 3) avoir commencé une DTAP suite à l'angioplastie coronarienne primaire ou élective; 4) prendre la DTAP depuis minimalement un mois et 5) être capable de lire, écrire et parler en français. Un seul critère d'exclusion a été retenu soit, ne pas avoir eu une prescription de DTAP pour une année complète. Ce critère a été établi puisque le comportement étudié est la prise de la DTAP pour la prochaine année.

Milieu de recherche et recrutement.

Les cardiologues effectuant le suivi post-angioplastie en clinique externe ainsi que les infirmières de recherche en cardiologie œuvrant dans un centre hospitalier universitaire du Québec ont été sollicités pour participer au recrutement. Lors des rencontres avec leurs patients répondant aux critères de sélection, les professionnels impliqués dans le projet, ont demandé aux patients leur autorisation à être contacté et ils leur ont remis la documentation en lien avec le projet. Pour s'assurer d'obtenir la taille d'échantillon minimale souhaitée, les infirmières de recherche ont aussi consulté leur liste de patients ayant déjà consenti à être contactés pour participer à une étude. Par la suite, les professionnels ou un membre de leur équipe, ont transmis la liste des personnes ayant manifesté de l'intérêt et leurs coordonnées à la étudiante-chercheuse principale. Les

patients qui ont donné leur autorisation ont reçu un appel téléphonique de la principale étudiante-chercheuse du projet ou d'un membre de l'équipe de recherche qualifié (ex : étudiante en sciences infirmières). De plus, une lettre expliquant le projet de recherche accompagnée d'un formulaire d'information et de consentement (voir Appendice A) ainsi que d'une enveloppe de retour affranchie a été envoyée suite à l'appel téléphonique. L'appel téléphonique a permis d'expliquer le projet et de répondre aux questions des participants. Suite à cet appel téléphonique, les patients ayant accepté de participer au projet de recherche ont retourné le formulaire de consentement signé. Lorsque la étudiante-chercheuse a obtenu le formulaire signé, un deuxième appel au patient pour faire une entrevue téléphonique a été effectué. Cette entrevue téléphonique semi-dirigée d'une durée moyenne de 15 minutes par participant a permis de répondre au questionnaire préliminaire décrit ci-dessous. L'entrevue téléphonique a été privilégiée par rapport au questionnaire auto-administré car elle permettait d'inclure les participants possédant un faible niveau de littératie.

Questionnaire préliminaire (questionnaire 1)

Le questionnaire préliminaire (questionnaire 1, présenté en Appendice B) élaboré par l'équipe de recherche, a été complété par les participants lors d'une entrevue téléphonique semi-dirigée. Les appels téléphoniques ont toujours été effectués par le même membre de l'équipe de recherche. Le but de ce questionnaire est d'identifier les croyances (comportementales, normatives, de contrôle) les plus marquées en lien avec la prise de la DTAP chez les patients (Ajzen, 2002; Francis et al., 2004). Cette étape était

nécessaire pour l'élaboration du questionnaire final, développé dans la phase 2. Il est pertinent de mentionner que toute nouvelle étude utilisant la TCP demande l'élaboration d'un nouveau questionnaire (Francis et al., 2004; Godin & Kok, 1996).

Le questionnaire préliminaire identifie les croyances en lien avec les avantages et les désavantages à prendre la DTAP, les personnes ou les groupes de personnes significatifs pour le patient qui approuvent ou pas la prise de la DTAP et finalement, les facteurs ou les circonstances qui facilitent ou qui compliquent la prise de la DTAP (perception de contrôle comportemental). De plus, le questionnaire préliminaire comprend aussi une section portant sur les variables sociodémographiques des participants.

Les informations recueillies lors de la passation de ce questionnaire ont été analysées de manière indépendante par trois experts. Le but de cette étape était d'assurer la validité de contenu. Cette évaluation a permis de déterminer si les différentes réponses obtenues représentent bien les concepts définis par la TCP et s'ils sont reliés à l'adhésion à la DTAP. Cette validation avait pour but de vérifier la validité des relations entre les croyances et les prédicteurs de l'intention, tel que le stipule la TCP (Godin, 2012). Les personnes qui ont été choisies pour procéder à cette analyse possèdent une expertise en lien avec la TCP. Les croyances les plus souvent rapportées par les participants ont été retenues et regroupées en un classement des croyances. Ce classement des croyances a permis l'élaboration du questionnaire de la phase 2. De plus, des analyses descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon. Pour procéder à ces analyses,

des mesures de tendance centrale (moyennes) ainsi que des mesures de dispersion (écarts types) ont été appliquées.

Phase 2. Développement et validation du questionnaire

Le but visé par la phase 2 du projet était de développer un questionnaire à partir des croyances identifiées lors de la phase 1. Ce questionnaire a pour objectif d'expliquer l'intention comportementale ainsi que ses déterminants à adhérer à la DTAP, au moins six jours par semaine, pendant la prochaine année. Il a permis d'identifier les croyances les plus saillantes. De plus, afin de s'assurer que le questionnaire développé est valide, il a été soumis à des tests de validité de construit et de fidélité.

Questionnaire final (questionnaire 2)

Le questionnaire final a été conçu pour mesurer les variables découlant de la TCP. Ce questionnaire comprend des mesures directes ainsi que des mesures indirectes des déterminants de la théorie. Les mesures directes sont mesurées à l'aide d'échelles de type Likert à sept points, et ont pour but de venir mesurer les déterminants de la TCP. Les croyances associées aux déterminants, sont, elles, mesurées de manière indirecte. Une échelle sémantique a été aussi utilisée pour l'élaboration du questionnaire 2. De plus, le questionnaire final comprend aussi une section portant sur les variables sociodémographiques ainsi que des données de santé des participants.

Tests de validité et de fidélité du questionnaire. Des tests permettant d'évaluer la consistance interne et la stabilité temporelle du questionnaire ont été effectués. Premièrement, la consistance interne permet d'obtenir le degré d'homogénéité de tous les

énoncés d'un instrument de mesure (Fortin & Gagnon, 2016). Pour ce faire, le questionnaire final a été complété une première fois par un échantillon de personnes représentant la population cible. Les réponses obtenues ont ensuite été analysées à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et ont ainsi permis de faire la mesure de la consistance interne. Deuxièmement, la stabilité temporelle permet d'évaluer la fidélité des mesures directes ainsi que celle des croyances (Ajzen, 2006; Francis et al., 2004). Pour ce faire, la méthode test-retest a été appliquée, avec l'analyse des corrélations entre les deux séquences de mesures. Le même questionnaire a donc été complété une 2^{ème} fois par les mêmes personnes et ce, à environ 2 semaines d'intervalle.

Échantillon

Pour la phase 2 du projet, la taille de l'échantillon minimale souhaitée était de 30 répondants. Pour cet échantillon, les répondants étaient des patients ayant subi pour la première fois une angioplastie coronarienne avec mise en place de tuteurs médicamenteux. La DTAP était donc une médication nouvelle pour eux. Cette thérapie médicamenteuse a été débutée lors de leur séjour hospitalier, suite à une angioplastie coronarienne primaire ou élective. Il s'agissait aussi d'un échantillon non probabiliste de convenance, puisque les participants ont été recrutés sur une base volontaire tel que décrit ci-dessous.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour cette phase, 4 critères d'inclusion ont été retenus: 1) avoir plus de 18 ans; 2) avoir subi pour la première fois une angioplastie coronarienne avec mise en place de

tuteurs médicamenteux; 3) avoir débuté une DTAP suite à l'angioplastie coronarienne lors du présent séjour en milieu hospitalier et 4) être capable de lire, écrire et parler en français. Le même critère d'exclusion que pour la phase 1 a été retenu, soit ne pas avoir une prescription pour une année complète.

Milieu de recherche et recrutement

Les participants ont été recrutés à partir de l'unité coronarienne ainsi qu'au service d'hémodynamie du même centre hospitalier dans lequel le recrutement de la phase 1 a été effectué. Les infirmières soignantes du service d'hémodynamie ou de l'unité coronarienne ont identifié les patients ayant été traités par angioplastie coronarienne avec mise en place de tuteurs médicamenteux, qui correspondaient aux critères de sélection précédemment énumérés, lors du présent séjour hospitalier. Lorsque ceux-ci ont obtenu leur congé de l'établissement, une enveloppe contenant le formulaire d'information et de consentement (Appendice C) ainsi que le questionnaire final leur a été remise par l'infirmière soignante, ou par un membre de l'équipe de recherche préalable autorisé. Lors de la remise de l'enveloppe, l'infirmière soignante ou le membre de l'équipe de recherche a fait remplir un formulaire d'autorisation à être contacté. Les participants étaient invités à signer le formulaire de consentement et à compléter le questionnaire final à partir de leur domicile. Le retour du questionnaire complété par les participants devait se faire dans les sept jours suivants l'obtention du congé. Un appel téléphonique a été placé auprès des personnes qui n'ont pas retourné le questionnaire dans les deux semaines suivant l'obtention du congé, si le patient a signé le formulaire d'autorisation à être contacté. Si le participant avait besoin d'informations supplémentaires ou présentait un questionnement en lien avec le

projet de recherche, un numéro de téléphone pour rejoindre l'étudiante-chercheuse était inscrit sur la lettre d'informations qui a été remise lors du congé. Le fait que les participants devaient répondre au questionnaire lors de leur retour à domicile a permis de s'assurer que les participants étaient pleinement disposés à répondre au questionnaire. De plus, cette pratique a permis de s'assurer que le test-retest était effectué dans des conditions similaires, c'est-à-dire à leur domicile.

Pour effectuer le test de stabilité temporelle, le questionnaire final a été distribué une deuxième fois à tous les participants ayant retourné précédemment le questionnaire dûment complété. L'envoi postal pour le test de stabilité temporelle a été effectué deux semaines suivant la réception du questionnaire final dûment complété après le congé de l'hôpital. Un appel téléphonique a été effectué lors de l'envoi du questionnaire pour rappeler aux participants le but de ce deuxième envoi. Le but de ce test était de vérifier la constance des réponses obtenues. La distribution des questionnaires s'est fait par envoi postal accompagnée d'une enveloppe affranchie pour le retour.

Plan d'analyse des données

Premièrement, des analyses descriptives ont été faites dans le but de décrire les caractéristiques de l'échantillon. Pour procéder à ces analyses, des mesures de tendance centrale (les moyennes) ainsi que des mesures de dispersion (les écarts types) ont été utilisées. Ensuite, le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé, tel que mentionné précédemment, pour mesurer le degré de consistance interne des mesures directes. Cette

mesure statistique sert à estimer la cohérence interne des énoncés d'une échelle de mesure (Fortin & Gagnon, 2016). Enfin, le coefficient de corrélation intra classe a été utilisé pour la mesure de la stabilité temporelle. Selon Godin (2012), ce coefficient est préférable à celui de Pearson ou de Spearman. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel *IBM SPSS Statistics*.

Considérations éthiques

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier (numéro du projet : CÉR-2016-033), le certificat d'éthique se trouve en Appendice D du présent mémoire, ainsi que dans un deuxième temps, par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro du projet : CER-17-236-10.03) (voir en Appendice E). Pour la phase du projet 1, les répondants ont signé et ont retourné le formulaire de consentement par envoi postal à l'aide de l'enveloppe affranchie et ce, avant la tenue de l'entrevue téléphonique. Pour la phase 2 du projet, le retour du questionnaire complété par envoi postal à l'aide de l'enveloppe affranchie a servi de consentement tacite. Aucun risque n'était associé au projet de recherche. Seul le temps requis pour participer à l'entrevue téléphonique de la phase 1 ou pour remplir le questionnaire de la phase 2 pouvait être un inconvénient pour les participants. La confidentialité étant une considération éthique importante, les questionnaires ont été entièrement codés en respectant la confidentialité et les données sont demeurées confidentielles. Les données sont conservées sous clé au laboratoire de recherche du GIRAS de l'Université du Québec à Trois-Rivières et accessibles seulement par l'étudiante-chercheuse du projet ainsi que les membres de l'équipe de recherche ayant

préalablement signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites cinq ans après la fin du projet.

RÉSULTATS

Ce chapitre vient mettre en lumière les résultats qui ont été obtenus pendant cette étude. La présentation des résultats va permettre de répondre aux trois questions qui ont été posées lors de l'élaboration du projet de recherche.

Outre l'objectif principal de cette recherche qui était de mener les premières étapes préalables au développement d'un outil simple qui prédit le potentiel d'adhésion à la DTAP suite à une angioplastie coronarienne, trois objectifs spécifiques avaient été élaborés. Premièrement, le projet avait comme objectif spécifique d'identifier les croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP, plus précisément les croyances relatives à l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental des personnes traitées par angioplastie coronarienne envers la DTAP pour une année complète. Afin de répondre à cet objectif, les réponses recueillies lors de l'entrevue téléphonique de la phase 1 seront présentées. Deuxièmement, le projet avait pour but de démontrer certaines qualités psychométriques du questionnaire élaboré à partir des croyances identifiées à la phase 1. Nous avons considéré la validité de contenu et la validité de construit ainsi que la fidélité temporelle de ce questionnaire. Les réponses obtenues lors de l'entrevue téléphonique ont été analysées et classées par trois experts, ce qui a permis d'assurer la validité de contenu. Cette étape était préalable à l'élaboration du questionnaire final. La validité de construit du questionnaire final est démontrée à l'aide des résultats des coefficients alpha de Cronbach. Enfin, les résultats des coefficients de corrélation intra classe obtenus lors de l'analyse des résultats du test-retest permettront de démontrer la fidélité temporelle du questionnaire final. Troisièmement, le projet visait à relever les croyances les plus saillantes en regard de

la DTAP. Pour ce faire, des analyses statistiques descriptives des réponses obtenues seront exposées.

Portrait de l'échantillon de la phase 1

Le Tableau 5 présente les différentes composantes sociodémographiques de l'échantillon. Le recrutement a eu lieu entre juin 2017 et août 2017 dans la grande région de la Mauricie. Tel qu'il possible d'observer, la très forte majorité des participants sont des hommes (89%) âgés de plus de 65 ans. Les participants vivent pour la plupart en couple, d'une union issue d'un mariage ou en union libre, et aucun n'a encore à sa charge un enfant. Les participants étaient tous des patients coronariens habitués à la prise de la DTAP. Aucune définition n'était fournie en lien avec les différents milieux d'habitation. Les participants ont donc eux-mêmes faits le choix.

Tableau 5
Données sociodémographiques de l'échantillon de la phase 1 (n=9)

	n (%)
Homme	8 (89,0%)
Groupe d'âge :	
65 ans et -	2 (22,2)
66 ans et +	7 (77,8)
Niveau de scolarité	
Diplôme d'études secondaires	4 (44,5)
Diplôme d'études collégiales	1 (11,1)
1 ^{er} cycle universitaire	3 (33,3)
2 ^e cycle ou plus	0
Autre	1 (11,1)
Statut marital	
Marié ou en union libre	6 (66,7)
Séparé ou divorcé	2 (22,2)
Célibataire	1 (11,1)
Enfant(s) à charge	
Non	9 (100)
Milieu d'habitation	
Rural	2 (22,2)
Urbain	7 (77,8)

Portrait de l'échantillon de la phase 2

L'échantillon 2 est composé de 19 participants ayant subi une angioplastie coronarienne avec mise en place d'un tuteur coronarien. Le recrutement de cet échantillon a été effectué entre les mois d'avril et de septembre 2018. L'échantillon est à majorité masculine et la plupart des participants sont âgés de plus de 65 ans. Il est important de rappeler que tous les participants que l'on retrouve dans cet échantillon étaient naïfs à la prise de la DTAP, c'est-à-dire qu'ils recevaient pour la première fois une prescription comportant un médicament de type acide acétylsalicylique (ASA) associé à un inhibiteur des récepteurs P2Y₁₂, tel que le clopidogrel, le prasugrel, ou le ticagrelor. Le Tableau 6 présente les données sociodémographiques et les caractéristiques de santé des participants qui composent cet échantillon. La très forte majorité des participants habitent une résidence privée et 63 % vivent en couple. De plus, selon les réponses obtenues, 17 participants ont un revenu familial annuel qui les place dans la classe socioéconomique moyenne.

Tableau 6

Données sociodémographiques et de santé de l'échantillon de la phase 2 (n=19)

Données sociodémographiques	n (%)
Homme	11 (58)
Groupe d'âge :	
65 ans et -	7 (36,8)
66 ans et +	12 (63,2)
Niveau de scolarité	
Diplôme d'études secondaires	6 (31,6)
Diplôme d'études collégiales	8 (42,1)
1 ^{er} cycle universitaire	1 (5,3)
2 ^e cycle universitaire ou plus	1 (5,3)
Autre	3 (15,8)
Revenu familial annuel	
Moins de 25 000 \$	3 (15,8)
25 000 \$ à 49 999\$	5 (26,3)
49 999 \$ à 99 999 \$	9 (47,4)
Pas de réponse	2 (10,5)
Statut marital	
Marié ou en union libre	12 (63,2)
Veuf	4 (21)
Séparé ou divorcé	1 (5,3)
Célibataire	2 (10,5)
Enfant(s) à charge	
Oui	1 (5,3)
Non	18 (94,7)
Milieu de vie	
Domicile privé	18 (94,7)
Pas de réponse	1 (5,3)
Antécédents médicaux	
Insuffisance cardiaque	3 (15,8)
Hypertension artérielle	11 (57,9)
Diabète	7 (36,8)
Dyslipidémie	1 (5,3)
Accident vasculaire cérébral / accident ischémique transitoire	3 (15,8)
Syndrome d'apnée du sommeil	2 (10,5)
Maladie pulmonaire	1 (5,3)
Autres	2 (10,5)
Aucun	2 (10,5)

Croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP.

Pour répondre à la première question et obtenir les croyances exprimées par les participants, chacune des réponses données par ceux-ci a été consignée dans le Tableau 7. Les réponses que l'on retrouve dans le tableau ci-dessous sont des citations des réponses manuscrites par les participants. La compilation de ces réponses permet de voir que pour la première variable de la TCP, les croyances se rapportant aux avantages perçus touchent majoritairement la diminution des événements coronariens indésirables ainsi que celle de la douleur. Les croyances en lien avec les désavantages sont, quant à elles, majoritairement reliées au risque de saignement qui peut être augmenté lors de la prise de la DTAP.

Pour ce qui est des réponses obtenues portant sur la deuxième variable, soit la norme subjective, il est intéressant de relever que les participants n'ont pas nommé de personne significative de leur entourage qui n'approuverait pas la prise de la DTAP. Les personnes dont l'opinion compte vraiment sont majoritairement leur conjoint ainsi que leur enfant. Finalement, pour ce qui est de la perception de contrôle comportemental, plusieurs croyances de contrôle facilitantes ont été notées. Le fait d'avoir une prescription pour la DTAP ainsi que d'avoir une personne de confiance sont des facteurs qui semblent être facilitants pour les participants. Très peu de croyances de contrôle contraignantes ont été relevées. Notons que la peur de subir un effet secondaire, comme un saignement, ou d'avoir un impact négatif sur la santé sont les barrières principalement mentionnées.

Tableau 7
Croyances notées par les participants lors de la phase 1

Construits de la TCP	Réponses obtenues des participants
Attitude	
Avantages perçus	« N'a plus de point dans le dos » « N'a plus mal à la tête » « Bon fonctionnement cœur » « Prévenir les blocages des artères » « Prévenir les infarctus » « Bon pour éclaircir le sang »
Désavantages perçus	« Ne pas se couper » « Sang très clair » « Plus sujet aux ecchymoses » « Risque d'hémorragie » « Obligation de la prendre pendant 1 an » « Éviter les inflammations »
Norme subjective	
Personnes qui approuvent	Épouse; Conjoint; fille Médecin La recherche scientifique Cardiologue
Qui désapprouvent	Aucune réponse
Perception de contrôle comportemental	
Facteurs facilitants	« Bonne circulation sanguine » « Avoir une personne de confiance » « Avoir une prescription » « Prévention d'un infarctus » « Avoir un autre malaise cardiaque »
Facteurs contraignants	« Délicat pour la santé » « Sang dans les urines » « Orthothérapeute pour opération »
Adjectifs	« Facile » « Routinier » « Important » « Sécurisant » « Bon pour la santé »

Validité et fidélité du questionnaire

Pour faire suite à l'identification des croyances et donc débiter la mise en place des éléments de réponse de la question 3, trois experts ont analysé les réponses compilées suite à la complétion du questionnaire de la phase 1 par les neuf participants. Parmi le panel d'experts, on y retrouve deux spécialistes de la TCP ainsi qu'une experte en soins cardiovasculaires. Chacune des réponses a été classée dans un tableau selon les différents construits de la TCP. Les experts ont commenté chacune des réponses et celles avec le plus de pertinence ont été retenues pour l'élaboration du questionnaire final de la phase 2. La grille d'analyse avec les commentaires des experts ayant permis d'identifier les items retenus pour le questionnaire final se trouve en appendice F.

Le Tableau 8 présente les résultats en lien avec la validité de construit. Cette analyse permet d'évaluer si une corrélation convergente est observée parmi les différents items qui composent le questionnaire. En d'autres mots, cette analyse a pour but de s'assurer que les items mesurent bien les bons concepts, qui représentent les construits façonnant la TCP. Il est souhaitable d'avoir un questionnaire homogène, fidèle à la mesure des bons construits. Les résultats des coefficients alpha de Cronbach standardisé montrent que les questions qui se rapportent aux construits sont satisfaisantes ($\geq 0,80$) pour la majorité des concepts. Seulement deux construits présentent un coefficient alpha de Cronbach modérément satisfaisant, soit les croyances de contrôle facilitantes (0,65) et l'importance des facteurs de contrôle facilitants (0,66).

Comme il est possible de voir dans le Tableau 8, le nombre de questions au questionnaire est quelquefois différent du nombre d'items retenus pour la mesure de la

validité de construit. Cette différence s'explique par le fait qu'il y avait très peu de variabilité dans les réponses de certains construits théoriques, ils ont donc été retirés de la mesure. Cette situation est présente pour les construits théoriques touchant les croyances normatives, la motivation à se conformer ainsi que les croyances de contrôle contraignantes.

Tableau 8

Analyse quantitative des construits de la théorie : temps 1 (n=19)

Construit	Nombre de questions au questionnaire	Corrélation inter-items (moyenne des corrélations)	Coefficient alpha de Cronbach standardisé
Attitude	6	0,67	0,92
Croyances comportementales	11	0,48	0,91
Évaluations des conséquences	11	0,51	0,912
Normes subjectives	4	0,87	0,96
Croyances normatives	8	1,00	1,00
Motivation à se conformer	8	0,59	0,90
Perception du contrôle comportemental	4	0,61	0,86
Croyances de contrôle facilitantes	6	0,23	0,65
Importance des facteurs de contrôle facilitants	5	0,28	0,66
Croyances de contrôle contraignantes	8	0,38	0,81
Importance des facteurs de contrôle contraignants	7	0,58	0,91
Intention	3	0,99	1,00

Dans le but de s'assurer d'obtenir une stabilité temporelle du questionnaire, les participants ont été sollicités pour répondre une deuxième fois au même questionnaire deux semaines suivant la première complétion. Treize participants ont retourné le deuxième questionnaire complété. Les résultats ont été compilés dans le Tableau 9. L'analyse de ceux-ci permet de constater que l'atteinte d'un seuil de signification acceptable (valeur $p < 0.05$), accompagné d'une corrélation positive est présente pour seulement quatre paires de construits. Deux paires sont issus du construit théorique en lien avec la norme subjective soit la paire 5, qui représente l'importance des croyances normatives (0,79, $p = 0,001$) et la paire 6, qui elle, représente la motivation à se conformer à l'opinion d'une personne significative (0,68, $p = 0,011$). Les deux autres paires démontrant une corrélation positive sont pour leur part issu du construit théorique se rapportant à la perception de contrôle comportemental. Nous y retrouvons la paire 10, qui représente les croyances quant à la présence de facteurs contraignants à la mise en place du comportement (0,57, $p = 0,35$) ainsi que la paire 11, la probabilité des croyances contraignantes (0,59, $p = 0,36$). Ces quatre résultats démontrent donc des valeurs de corrélation modérées à fortes.

Tableau 9
Mesure de la fidélité temporelle

		Corrélation	valeur p
Paire 1	Évaluation des conséquences valeur	-0,349	0,222
Paire 2	Croyances comportementales	0,142	0,629
Paire 3	Mesure directe attitude	0,381	0,198
Paire 4	Mesure directe norme subjective	0,454	0,119
Paire 5	Croyances normatives	0,790	0,001
Paire 6	Motivation à se conformer	0,680	0,011
Paire 7	Mesure directe perception du contrôle comportemental	0,451	0,122
Paire 8	Croyances facilitantes	0,142	0,627
Paire 9	Probabilité facilitantes	0,485	0,079
Paire 10	Croyances barrières	0,565	0,035
Paire 11	Probabilité barrières	0,584	0,036

Descriptions des croyances les plus saillantes

Suite au remplissage des questionnaires de la phase 2 du projet, il est possible d'établir les croyances les plus importantes des participants. Il est pertinent de mentionner ici que l'intention comportementale était assez élevée. C'est-à-dire que les participants ont mentionné avoir l'intention de prendre leur médicaments anti-plaquettaires à tous les jours pour le prochain mois ($6,33 \pm 1,72$), pour les prochains 6 mois ($6,33 \pm 1,72$) et finalement pour la prochaine année ($6,42 \pm 1,73$). Dans le but de poursuivre l'analyse des résultats, le

tableau 10 présente la synthèse des construits théoriques associés aux différentes questions du questionnaire final. De plus, pour faciliter la compréhension de ce tableau, le questionnaire final se trouve en appendice G.

Tableau 10

Synthèse des construits associés aux numéros de questions du questionnaire final

Construits de la TCP	Numéros des questions
Attitude	26 à 35
Croyances comportementales	15 à 25
Évaluation des conséquences	4 à 14
Norme subjective	32 à 35
Croyances normatives	36 à 43
Motivation à se conformer	44 à 51
Perception du contrôle comportemental	52 à 55
Croyances quant à la présence de facteurs facilitants la mise en place du comportement	56 à 61
Croyances quant à la présence de facteurs contraignants à la mise en place du comportement	67 à 74
Importance des facteurs de contrôle facilitants	62 à 66
Importance des facteurs de contrôle contraignants	75 à 81

La présentation des résultats se fera en lien avec chacun des construits qui composent la théorie. Les analyses descriptives des données récoltées se trouvent dans les Tableaux 11,12,13et 14.

Les croyances comportementales. Le Tableau 11 présente la valeur accordée par les participants à chacune des croyances comportementales déterminant l'attitude à l'égard du comportement. De plus, la probabilité estimée que chaque croyance se produise a aussi été intégrée au tableau. Il est donc possible d'énoncer que les croyances comportementales les plus importantes pour les participants sont la prévention des blocages des artères ($6,67 \pm 0,59$) ainsi que l'effet antiplaquettaire de la médication, soit la capacité de la médication à éclaircir le sang ($6,72 \pm 0,58$). Il est possible de voir que pour les participants, la croyance qui a la probabilité la plus élevée est celle touchant aussi la capacité de la médication à éclaircir le sang ($6,44 \pm 0,86$). La croyance la moins importante pour les participants est le risque de subir des effets secondaires lors de la prise de la médication ($4,94 \pm 1,70$) et cela correspond aussi à la croyance pour laquelle ils pensent avoir la moins grande probabilité à avoir à faire face dans la prochaine année ($4,50 \pm 1,38$).

Tableau 11
L'importance des croyances comportementales et leur probabilité (n=19)

Croyances comportementales	Importance	Probabilité
	M \pm σ	M \pm σ
Prévenir les blocages de vos artères	6,67 \pm 0,59	6,21 \pm 0,79
Améliorer le fonctionnement de votre cœur	6,61 \pm 0,78	6,22 \pm 0,88
Prévenir un infarctus	6,56 \pm 0,98	6,33 \pm 0,84
Éclaircir le sang adéquatement	6,72 \pm 0,58	6,44 \pm 0,86
Diminuer la douleur musculo-squelettique	5,89 \pm 1,32	5,28 \pm 0,96
Réduire les risques de complications cardiaques	6,44 \pm 0,98	6,33 \pm 0,97
Avoir le sang trop clair	5,44 \pm 1,20	5,06 \pm 1,21
Être sujet aux ecchymoses	5,06 \pm 1,26	5,00 \pm 0,91
Avoir un risque de saigner beaucoup	5,39 \pm 1,54	4,83 \pm 1,15
Réduire les problèmes inflammatoires	5,28 \pm 1,07	4,78 \pm 1,17
Avoir des effets secondaires aux médicaments	4,94 \pm 1,70	4,50 \pm 1,38
Moyenne des items (maximum 7,00)	5,92 \pm 0,80	5,57 \pm 0,72

Note : M – moyenne; σ - écart-type

Les croyances normatives. Le Tableau 12 présente l'importance accordée à l'opinion des personnes significatives des participants à chacune des croyances normatives qui composent la deuxième variable de la TCP, soit la norme subjective. En d'autres mots, quelle perception ont-ils de l'opinion de ces personnes. Les croyances normatives sont les données du questionnaire pour lesquelles les résultats sont les plus élevées. Cela démontre

que les participants se sentent fortement influencés par l'opinion des personnes importantes pour eux. Leur motivation à se conformer est très élevée, ils ont l'intention d'agir pour se mettre en accord avec la vision de leurs proches. Les résultats montrent que la personne ayant l'opinion la plus importante est le conjoint ou la conjointe ($6,93 \pm 0,27$) suivi par le cardiologue ($6,78 \pm 0,94$). Cependant, les personnes qui présentent l'opinion la moins importante pour les participants sont les amis de ceux-ci ($6,53 \pm 1,23$). De plus, la motivation à se conformer aux recommandations énoncées par les personnes importantes pour les participants vient compléter le tableau suivant. La personne qui a la plus grande influence sur la motivation des participants à se conformer au comportement d'adhésion à la DTAP est le cardiologue ($6,83 \pm 0,71$) et est suivi du médecin de famille ($6,72 \pm 0,75$). A contrario, la personne qui a le moins de chance d'avoir un impact sur la motivation du participant est l'infirmière ($6,38 \pm 1,20$) suivi par les amis ($6,47 \pm 1,23$)

Tableau 12

L'importance des croyances normatives et la motivation à se conformer (n=19)

Croyances normatives	Importance	Motivation
	M ± σ	M ± σ
Votre conjoint / conjointe	6,93 ± 0,27	6,71 ± 0,83
Votre cardiologue	6,78 ± 0,94	6,83 ± 0,71
Votre médecin de famille	6,72 ± 0,96	6,72 ± 0,75
Votre infirmière	6,75 ± 0,78	6,38 ± 1,20
Votre pharmacien	6,72 ± 0,75	6,50 ± 0,99
Vos enfants	6,69 ± 1,25	6,59 ± 1,18
Vos frères ou sœurs	6,60 ± 1,30	6,60 ± 1,06
Vos ami(e)s	6,53 ± 1,23	6,47 ± 1,23
Données agrégées	6,70 ± 0,97	6,59 ± 0,91

Note : M – moyenne; σ - écart-type

Les croyances de contrôle. Les Tableaux 13 et 14 présentent la moyenne des valeurs accordées par les participants à chacune des croyances de contrôle liées à la perception du contrôle comportemental ainsi qu'à la probabilité que cette croyance soit présente ou non. Il existe deux types de croyances de contrôle, soit les croyances facilitantes et les croyances contraignantes. Les résultats sont donc présentés de manière séparée pour en faciliter la compréhension.

Le Tableau 13 nous apprend que les croyances de contrôle les plus facilitantes sont le fait de savoir que la DTAP peut prévenir l'apparition d'un infarctus aigu du myocarde

($6,68 \pm 0,75$). Cependant, le facteur facilitant pour lequel le participant assume qu'il a le plus de chances se retrouver en présence de celle-ci, soit la probabilité la plus élevée, est le fait qu'une personne de confiance encourage le patient à maintenir la prise de la DTAP de manière quotidienne pour la prochaine année ($6,00 \pm 1,29$). Avoir un outil tel qu'un aide-mémoire semble être moins important pour les participants ($5,63 \pm 1,34$).

Tableau 13

*L'importance des croyances de contrôle facilitantes et l'évaluation de la probabilité
(n=19)*

Croyances de contrôle facilitantes	Importance	Probabilité
	M \pm σ	M \pm σ
Qu'une personne de confiance vous encourage	$6,17 \pm 1,04$	$6,00 \pm 1,29$
Ressentir un nouveau malaise cardiaque	$6,11 \pm 1,66$	$4,21 \pm 1,40$
Savoir que cela peut prévenir un infarctus	$6,68 \pm 0,75$	$4,00 \pm 1,53$
Avoir un aide-mémoire	$5,63 \pm 1,34$	$4,83 \pm 1,38$
Utiliser une dosette	$6,05 \pm 1,31$	$5,78 \pm 1,80$
Données agrégées	$5,52 \pm 0,61$	$6,54 \pm 0,58$

Quant au Tableau 14, il nous démontre que les obstacles perçus sont d'une importance moins grande (moyenne $3,36 \pm 1,26$) que les croyances de contrôle facilitantes (moyenne $5,52 \pm 0,61$). Parmi les croyances de contrôle contraignantes les plus importantes, il y a le risque de présenter des oublis dans la prise quotidienne de la DTAP ($3,61 \pm 1,85$) ainsi que d'avoir des saignements ($3,94 \pm 1,68$). Selon les participants, leurs réponses démontrent qu'ils croient plus probable d'avoir des saignements au cours de la

prochaine année ($4,11 \pm 1,64$) que d'avoir des oublis ($3,22 \pm 1,77$). La croyance contraignante la moins importante est celle qui stipule qu'un professionnel de la santé autre que le cardiologue demande au patient d'arrêter la prise de la DTAP ($2,56 \pm 1,58$). Cette croyance est également perçue comme ayant la moins grande probabilité de se produire ($2,50 \pm 1,38$), tout comme celle qui mentionne que leur médecin de famille fasse la demande de cesser la DTAP dans la prochaine année ($2,11 \pm 1,18$)

Tableau 14

*L'importance des croyances de contrôle contraignantes et l'évaluation de la probabilité
(n=19)*

Croyances de contrôle contraignantes	Importance	Probabilité
	M \pm σ	M \pm σ
Avoir des saignements	$3,94 \pm 1,68$	$4,11 \pm 1,64$
Qu'un professionnel de la santé autre que votre cardiologue (par ex. dentiste, podiatre, ophtalmologiste etc.) vous demande d'arrêter	$2,56 \pm 1,58$	$2,50 \pm 1,38$
Que votre médecin de famille vous demande d'arrêter	$3,44 \pm 1,72$	$2,11 \pm 1,18$
Devoir éviter tout risque de blessure, comme des coupures (au travail par exemple)	$3,06 \pm 1,63$	$3,28 \pm 1,64$
Subir des effets secondaires aux médicaments	$3,44 \pm 1,89$	$3,72 \pm 1,32$
Avoir des oublis	$3,61 \pm 1,85$	$3,22 \pm 1,77$
Devoir annuler une chirurgie non-urgente (par ex. : cataractes ou chirurgie dentaire)	$3,22 \pm 1,75$	$3,06 \pm 1,43$
Données agrégées	$3,36 \pm 1,26$	$3,14 \pm 1,18$

En somme, l'analyse des résultats des deux phases du projet a permis de répondre aux trois questions qui avaient été soulevées lors de la mise en place de la problématique. Le prochain chapitre discutera plus en détail de ces résultats.

DISCUSSION

Ce dernier chapitre du mémoire présente l'interprétation des résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, rappelons que la première phase du projet a permis de procéder à l'identification des principales croyances qui prédisposent à l'adhésion à la DTAP. Cette étape a permis de développer un questionnaire qui a pour but d'expliquer l'intention comportementale à adhérer à la DTAP. La deuxième phase du projet a permis ensuite de valider ce questionnaire.

Une synthèse des principaux résultats de recherche sera présentée et ces résultats seront discutés à la lumière de la littérature. Ensuite, les limites et les forces de l'étude y seront abordées ainsi que les retombées potentielles pour la pratique ainsi que pour la recherche.

Résultats en lien avec la problématique

Tel que mentionné ci-haut, la présente recherche a permis d'identifier les croyances reliées à l'intention d'adhérer ou non à la DTAP. Ceci a permis d'élaborer un questionnaire servant de base à l'élaboration d'un outil pouvant prédire l'intention d'adhérer à la DTAP. Cette démarche est pertinente considérant que plusieurs interventions pour améliorer l'adhésion thérapeutique à la DTAP ont été développées et évaluées, mais sans discriminer les patients susceptibles d'adhérer ou non à la DTAP (Jelinek et al., 2009; Jiang et al., 2007; Quilici et al., 2013; Rinfret et al., 2013; Shah et al., 2009). Comme précédemment démontré dans le chapitre portant sur la recension des écrits, il existe quelques questionnaires permettant d'évaluer l'adhésion à la pharmacothérapie (Doucette et al., 2012; Kim et al., 2000; McHorney, 2009; Morisky et al., 2008), mais aucun ne cible spécifiquement la DTAP. Or, afin de développer un outil permettant d'identifier les patients

à risque d'une faible adhésion à la DTAP, il était nécessaire d'abord de connaître les facteurs psychosociaux qui influencent l'adhésion.

En plus d'avoir relevé les différentes croyances, les réponses aux deux questionnaires ont permis d'établir un portrait sociodémographique des participants qui composent cette étude. Les hommes de plus de 65 ans composent la majorité des échantillons des deux phases du projet. Cela correspond aux données publiées par l'Agence de la santé publique du Canada (2018), qui soutient que la prévalence et l'incidence des cardiopathies ischémiques sont plus élevées chez les hommes que les femmes. Il est à noter, que la population féminine est sous représentée au sein des différentes études cliniques portant sur la cardiologie (Melloni et al., 2010). De plus, soulignons que la majorité des participants de la phase 2 de l'étude, soit 63,2%, ont mentionné vivre en union libre ou être marié. Robin Mathews et al. (2015), souligne que les patients présentant une faible adhésion à la médication cardiovasculaire sont souvent jeunes et ne sont pas mariés. Cette tranche de la population n'est absolument pas représentée dans l'étude.

Parmi les antécédents médicaux des participants à l'étude, nous retrouvons majoritairement l'hypertension artérielle ainsi que le diabète. Ces deux facteurs de risque ont été révélés par l'étude INTERHEART (2004) comme faisant partie des neuf facteurs de risque qui comptent pour 90 % du risque de subir un infarctus aigu du myocarde (Yusuf et al., 2004). Ce n'est donc pas surprenant de retrouver au sein de notre échantillon une population qui présente ces facteurs de risque. Cependant, il semble important de mentionner que seulement 5,3% des participants ont répondu être traité pour de la dyslipidémie. Ce résultat est étonnant puisque la dyslipidémie est l'un des facteurs de

risque modifiable de la maladie cardiovasculaire ischémique, reconnu depuis maintenant plusieurs décennies (Kannel, Dawber, Kagan, Revotskie, & Stokes, 1961) comme l'une des pierres angulaires du syndrome métabolique et entraînant une forte prédisposition au syndrome coronarien (Grundy, 2016). Selon les récentes données de l'Agence de la santé publique du Canada (2017), la proportion des personnes âgées de 18 ans à 79 ans et souffrants d'hypercholestérolémie demeure à 18,7 %. Une hypothèse qui peut expliquer le fait que peu de participants ont noté souffrir d'hypercholestérolémie; il est possible que les participants qui sont sous traitement pharmacologique pour contrôler le cholestérol considèrent qu'ils ne sont plus atteints par ce problème de santé puisque le taux de cholestérol a été abaissé par la médication.

Les croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP.

Le premier objectif du projet de recherche était d'identifier les croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTAP. Parmi les croyances notées par les participants lors de la phase 1 du projet, celles se rapportant au construit de la croyance comportementale feront ici l'objet d'une brève discussion. Les patients ont associé les avantages perçus de la DTAP avec la diminution des événements coronariens ainsi que la diminution de la douleur en général. Cela démontre que le rôle de la DTAP semble avoir bien été compris par les participants puisque la fonction première jouée par la DTAP est d'assurer un effet antiplaquettaire qui va permettre d'éviter la thrombose des tuteurs coronariens avant la fin du processus d'endothélialisation (Liistro & Colombo, 2001). La thrombose de tuteurs coronariens entraîne un risque élevé d'événements ischémiques graves comme l'infarctus aigu du myocarde (Iakovou et al., 2005; Spertus et al., 2006;

Stone et al., 2014). Les désavantages perçus sont en grande partie reliés au risque de présenter des saignements lors de la prise de la pharmacothérapie. Cette réponse correspond à l'une des raisons fréquemment citées par les patients qui doivent prendre des antiplaquettaires sur une base quotidienne. La littérature vient appuyer le fait que les saignements font partie des effets secondaires qui insistent les patients à cesser leur traitement antiplaquettaire (Garavalia et al., 2009; Sabaté, 2003).

Qualités psychométriques du questionnaire.

Il a été possible de démontrer, grâce à des analyses de coefficient alpha de Cronbach, que les différents items qui construisent le questionnaire final sont homogènes dans leur mesure des concepts de la TCP. En effet, les résultats des coefficients alpha de Cronbach de chacun des construits de la théorie se trouvent entre 0,65 et 1,00. Selon Godin (2012), une valeur minimale de 0,60 est considérée comme le seuil acceptable pour en permettre l'utilisation dans un questionnaire.

Parmi les différentes qualités psychométriques analysées du questionnaire, une mesure de test-retest a été effectuée dans le but de vérifier la stabilité temporelle de celui-ci. Seulement quatre paires de construits ont atteint un seuil de signification acceptable. Deux paires sont issues du construit théorique en lien avec la norme subjective, soit l'importance des croyances normatives ($r^2 = 0.790$; $p = 0,001$) ainsi que la motivation à se conformer à l'opinion d'une personne significative ($r^2 = 0,680$; $p = 0,011$). Ces deux résultats démontrent des coefficients de corrélations élevés, ce qui signifie que les réponses à ces questions ne sont pas influencées par le temps, ni par le contexte dans lequel ils ont rempli le deuxième questionnaire. Rappelons que le contexte a pu se modifier en cours de

route, puisque les participants ont acquis de l'expérience sur la prise de la DTAP pendant les deux semaines suivant leur hospitalisation et cela pourrait ainsi venir influencer les réponses des participants. Les deux autres paires démontrant une corrélation positive moyennement significative sont, pour leur part, issues du construit théorique se rapportant à la perception de contrôle comportementale soit les croyances quant à la présence de facteurs contraignants ($r^2 = 0,565$; $p = 0,035$) à la mise en place du comportement et la probabilité des croyances contraignantes ($r^2 = 0,584$; $p = 0,036$). Considérant que le coefficient de corrélation est moyen, on peut prétendre que la stabilité temporelle de ces items est moins significative et suggère que des situations vécues pendant les deux semaines ont pu venir modifier les réponses des participants.

Il est donc possible d'affirmer que certaines mesures de la fidélité temporelle tendent à démontrer que les participants ont gardé la même vision des croyances. Cependant, il faut interpréter avec prudence ces résultats puisque les conditions dans lesquelles les participants ont rempli le questionnaire au temps 1 et au temps 2 sont un peu différentes. Le temps prévu entre le remplissage était de deux semaines, un délai qui respecte les recommandations énoncées dans les différents ouvrages portant sur les théories (Bertrand, Raïche, & Blais, 2004; Godin, 2012). Le contexte dans lequel les participants évoluent s'est modifié au cours de ce laps de temps. Le remplissage du premier questionnaire s'est fait dès leur sortie de l'hôpital, dans un délai très rapproché de l'angioplastie coronarienne avec implantation du tuteur. Par la suite, les participants ont eu plusieurs journées pour prendre leur DTAP, subir ou non la présence d'effets secondaires et possiblement rencontrer certains facteurs facilitants ou contraignants face à la prise de

la DTAP. Ainsi, ces différents éléments peuvent venir modifier leur perception face à la DTAP et leurs croyances préalablement construites avant la prise de la médication. Il n'est donc pas possible de prendre une deuxième mesure dans les mêmes conditions que lors de la première complétion du questionnaire, les participants ayant maintenant acquis une certaine expérience de la prise de la DTAP. Or, pour qu'un instrument de mesure indique une stabilité temporelle, les prises de mesure doivent avoir été effectuées dans les mêmes conditions (Bertrand et al., 2004; Fortin & Gagnon, 2016)

La description des croyances les plus saillantes

Il est souhaitable de revenir sur les résultats de chacun des construits de la TCP. Tout d'abord, les résultats en lien avec le premier construit de la théorie, soit l'attitude, démontrent que les participants sont déjà favorables à la prise de la DTAP. Les croyances les plus importantes pour eux sont la prévention des blocages des artères ($6,67 \pm 0,59$) ainsi que la capacité de la médication à éclaircir le sang ($6,72 \pm 0,58$). La compréhension des participants face à la raison de la prise de la DTAP est donc déjà adéquate, et ce, malgré le fait que la thérapie médicamenteuse vient d'être débutée et que peu d'enseignement a pu être fait sur le sujet vu la courte durée d'hospitalisation suite à l'angioplastie coronarienne. Cela laisse à croire que les programmes d'enseignement touchant la DTAP devraient renforcer cette croyance qui semble déjà présente. Finalement, les participants ont mentionné que la croyance comportementale la moins importante pour eux est le risque de subir des effets secondaires ($4,94 \pm 1,70$) et ils évaluent que la probabilité d'avoir à y faire face pendant l'année que dure la prise de la DTAP est plutôt faible ($4,50 \pm 1,38$). Cependant, cette réponse est surprenante, puisque la littérature sur le sujet rapporte que la

présence d'effets secondaires est l'une des raisons principales pour lesquelles les patients cessent la DTAP (Bonaca et al., 2016; Mathews et al., 2015). De plus, les participants de la présente étude perçoivent que s'ils prennent la DTAP, il est moins probable d'avoir un risque de saigner beaucoup ($4,83 \pm 1,15$) que de prévenir les blocages des artères ($6,21 \pm 0,79$). Rappelons que l'intention de prendre la DTAP est assez élevée dans ce cas-ci.

Les résultats touchant le deuxième construit, la norme subjective, montrent très peu de variabilités entre les différentes personnes significatives pour les participants. Ainsi donc, les scores pour chacune des catégories des personnes importantes pour les participants sont très élevés, soit entre $6,53 \pm 1,23$ et $6,93 \pm 0,27$. Le résultat le moins élevé se rapporte aux éléments touchant les amis tandis que, le résultat le plus élevé est en lien avec les conjoints. Cela peut signifier que leur opinion d'autrui semble très importante pour le participant et ce, peu importe, qui est la personne significative. Par contre, les conjoints des participants sont les personnes pour lesquelles l'opinion semble revêtir la plus haute importance. Cette donnée vient renforcer l'idée que l'enseignement fait au patient devrait aussi être partagé aux proches, particulièrement les conjoints s'il y a lieu. La deuxième personne dont l'opinion est la plus importante est le cardiologue du participant. Fait intéressant, c'est cette personne pour qui le participant présente la plus forte motivation à se conformer ($6,83 \pm 0,71$). Différentes études soutiennent que les médecins présentent des difficultés à expliquer clairement les bénéfices ainsi que les effets secondaires possibles en lien avec le traitement nouvellement prescrit (Garavalia et al., 2011; Pettersen et al., 2018). Ce qui vient appuyer le fait que la sensibilisation à l'importance de l'adhésion à la DTAP doit aussi passer par les professionnels de la santé et que de l'enseignement en lien avec ce

sujet doit aussi être proposé aux médecins et autres professionnels de la santé. Les infirmières semblent avoir très peu d'impact sur la motivation à se conformer des participants ($6,38 \pm 1,20$). La courte durée d'hospitalisation (Jones et al., 2012), qui peut avoir un impact négatif sur la qualité de l'enseignement fourni par l'infirmière peut venir expliquer ce faible résultat.

En lien avec le troisième construit de la TCP, la perception du contrôle comportemental, des réponses contradictoires ont été relevées. La croyance de contrôle facilitante la moins importante pour les participants est celle d'avoir un aide-mémoire ($5,63 \pm 1,34$). Il est cependant possible de constater que plusieurs interventions élaborées au cours des dernières années proposent directement des moyens pour éviter des oublis (Quilici et al., 2013; Rinfret et al., 2013). Ces interventions étaient proposées dans les premières semaines suivant l'intervention coronarienne et donc, les taux d'adhésion étaient élevés. Comme les taux d'adhésion ont tendance à diminuer avec le temps (Dangas et al., 2013), il serait intéressant de voir si ces interventions ont un impact bénéfique lorsqu'elles sont conduites pour toute la durée du traitement. La contradiction notable dans les réponses des participants est que la croyance de contrôle contraignante la plus importante, outre présenter des saignements ($3,94 \pm 1,68$), est celle d'avoir des oublis ($3,61 \pm 1,85$). Par contre, ils estiment que la probabilité que cela se produise est plutôt faible ($3,22 \pm 1,77$). Ce résultat pour le moins surprenant peut possiblement s'expliquer par le fait que les participants estiment qu'il est peu probable que cela se produisent, donc, ils ne voient pas l'utilité d'avoir un aide-mémoire. Finalement, il semble pertinent de mentionner que les éléments les moins importants de tout le questionnaire sont les réponses touchant les

croyances contraignantes. Le résultat le moins élevé est de $2,56 \pm 1,58$ et le plus haut est de $3,61 \pm 1,85$, sur une échelle de 7,00. Les participants ne semblent donc pas être inquiétés par des barrières qui pourraient nuire à l'adhésion à DTAP pendant l'année que dure celle-ci.

Forces et limites du projet

L'originalité est l'une des forces principales du projet. Selon les recherches répertoriées dans la littérature actuelle, il ne semble pas y avoir d'études qui se sont penchées sur l'analyse des croyances portant sur l'intention d'adhérer à la DTAP dans le but de développer un outil pour permettre de dépister le risque de faible ou de non-adhésion aux médicaments de la DTAP. De plus, avec l'arrivée d'un nouveau paradigme de soins dont le fondement est l'approche d'un partenariat avec le patient (Karazivan et al., 2015), l'implication du patient dès la première phase du projet apparaît aussi comme une force importante. Tel que mentionné par Pomey et al. (2015), les savoirs expérientiels des patients apportent une ressource supplémentaire pour ainsi identifier de nouvelles pistes de solutions et apporter une vision différente sur des problèmes rencontrés lors des épisodes de soins.

Finalement, la théorie utilisée en est une reconnue, qui a fait ses marques dans le domaine de la prédiction de certains comportements liés à la santé (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996). L'utilisation de ce cadre de référence nous a permis d'obtenir un portrait clair des croyances qui entrent en ligne de compte lors de l'adhésion à la DTAP.

L'une des limites majeures du projet de recherche est la taille de l'échantillon de la phase 2 qui est trop petite pour avoir une puissance statistique significative. Initialement,

une taille d'échantillon de 30 patients était souhaitée. Pour des raisons de faisabilité, et vu les faibles moyens disponibles pour le recrutement, ce ne sont pas tous les patients répondant aux critères de sélection qui ont pu être approchés. De ce fait, l'échantillon de convenance ne représente pas le portrait représentatif de la population cible lors de la période de recrutement. Un biais de sélection constitue également une limite importante. En effet, seulement les patients qui le souhaitaient ont répondu aux deux questionnaires. Ils s'agissaient vraisemblablement de personnes plutôt motivées et engagées. Nos résultats ont permis de constater que l'intention comportementale d'adhérer la DTAP pendant la prochaine année des participants à l'étude est élevée ($6,42 \pm 1,73$). Ainsi donc, les croyances relevées sont celles d'un petit groupe de participants motivés et ne représentent probablement pas l'ensemble des croyances de la population générale ayant subi une angioplastie avec la mise en place de tuteurs coronariens. Les non-adhérents sont fort possiblement sous représentés dans les deux échantillons. De plus, le comportement spécifique, soit l'adhésion à la DTAP, limite l'utilisation des données à ce type de pharmacothérapie et en empêche son application à d'autres classes médicamenteuses, comme les hypocholestérolémiantes par exemple. Finalement, seulement les concepts reliés à la TCP ont été documentés, les autres facteurs qui viennent influencer l'adhésion à la DTAP n'ont pas été inclus dans la présente étude, par exemple, l'acceptation de l'initiation du traitement

Retombées pour la recherche

Tout d'abord, mentionnons que ce projet de recherche a permis d'élaborer un questionnaire qui peut être utilisé pour explorer les croyances en lien avec la DTAP chez

les patients francophones atteints de maladies coronariennes et qui ont subi une angioplastie coronarienne au Québec. En effet, le développement et la validation du questionnaire permettent maintenant d'utiliser celui-ci dans des études ultérieures qui pourraient avoir comme objectif d'évaluer la relation entre les croyances et l'intention d'adhérer à la DTAP. De plus, le fait d'avoir la possibilité de mieux cerner les différentes croyances propres à chaque patient pourrait possiblement contribuer à développer des interventions personnalisées et ainsi favoriser l'adhésion à la DTAP.

Une question a émergé suite à l'analyse des résultats. Est-ce que les croyances en lien avec la DTAP sont stables dans le temps ? Pour le moment, les résultats obtenus ne permettent pas de tisser une corrélation significative entre la modification des croyances et le temps qui passe. À la lumière des résultats obtenus et des principales limites identifiées précédemment, il sera pertinent de poursuivre l'évaluation du questionnaire actuel. Une nouvelle étude incluant un plus grand nombre de participants, et des personnes ayant une faible adhésion ou présentant un risque élevé de non adhésion devraient aussi y être incluses, et pourraient fournir des résultats différents. Le test de fidélité temporelle devrait aussi être reconduit, pour ainsi trouver dans quel contexte et à quel moment suivant l'hospitalisation le questionnaire est le plus stable.

Finalement, il est souhaitable d'arriver éventuellement à développer et évaluer un outil court qui pourrait guider les infirmières dans l'évaluation de l'intention d'adhérer à la DTAP et d'investiguer sur les interventions bénéfiques au patient. Plusieurs étapes sont encore nécessaires pour y arriver. La première étape, qui consiste à développer et valider un questionnaire pour identifier les croyances en lien avec l'adhésion à la DTAP, a été

complété grâce au présent projet. Par la suite, dans une deuxième étape soit l'évaluation des liens entre les croyances et l'intention comportementale, devra être effectuée à l'aide d'une étude descriptive corrélationnelle. Troisièmement, à partir des croyances ayant la plus grande influence sur l'intention d'adhérer à la DTAP, le développement d'un outil de dépistage du potentiel de non-adhésion devrait être fait. Cet outil contiendrait non seulement les croyances, mais également d'autres données sociodémographiques et de santé ayant un impact sur l'intention d'adhérer à la DTAP. Finalement, il sera nécessaire de vérifier si cet outil de dépistage prédit bien l'adhésion à la DTAP à 6 et 12 mois. Pour ce faire, il faudrait faire une étude où l'on utilise l'outil de dépistage lors du congé suite à l'hospitalisation et vérifier l'adhésion à la DTA à 6 et 12 mois suite à l'angioplastie coronarienne.

CONCLUSION

Cette étude constitue un point de départ pour comprendre les déterminants touchant l'intention d'adhérer à la DTAP. Il a bien été démontré que la cessation prématurée à la DTAP a un impact majeur sur la morbidité et la mortalité chez les patients souffrant de cardiopathies ischémiques. La préoccupation de départ de cette étude était le manque d'outils pour dépister les patients à risque élevé de faible adhésion à la DTAP. Cette étude a permis de mener les premières étapes préalables au développement d'un outil simple qui prédit le potentiel d'adhésion à la DTAP suite à une angioplastie coronarienne. Grâce à une étude descriptive avec la validation d'un questionnaire, les questions suivantes ont été répondues : 1) Quelles sont les croyances relatives à l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental des personnes traitées par angioplastie coronarienne envers la DTAP pour une année complète? 2) Parmi les croyances identifiées, lesquelles sont les plus saillantes ? 3) Quel est le degré de validité et de fidélité d'un questionnaire élaboré à partir des croyances identifiées pour expliquer l'intention comportementale ainsi que ses déterminants à adhérer à la DTAP durant une année après une angioplastie coronarienne?

Les résultats ont montré que les participants ont fortement l'intention d'adhérer à la DTAP pour la prochaine année ($6,42 \pm 1,73$, sur un résultat maximum de 7). L'importance accordées aux différentes croyances comportementales, normatives ainsi qu'aux croyances de contrôle facilitantes et contraignantes ont pu être répertoriées. De plus, la validité de construit du questionnaire a été mesurée. Les résultats des coefficients alpha de Cronbach standardisé montrent que les questions qui se rapportent aux construits sont satisfaisantes ($\geq 0,80$) pour la majorité des concepts. Seulement deux construits

présentent un coefficient alpha de Cronbach modérément satisfaisant, soit les croyances de contrôle facilitantes (0,65) et l'importance des facteurs de contrôle facilitants (0,66), tous deux reliés au concept de la perception du contrôle comportemental. Finalement, la mesure de test-retest permettant de vérifier la stabilité temporelle du questionnaire. Mentionnons que seulement quatre paires de construits ont atteint un seuil de signification acceptable.

Malgré des limites méthodologiques reliées à la faisabilité dans le cadre d'un projet de maîtrise, cette étude comporte néanmoins des retombées potentielles pour la recherche et la pratique. L'utilisation du questionnaire va permettre d'explorer les croyances en lien avec la DTAP chez les patients coronariens ayant subi une angioplastie coronarienne. De nouvelles études sur le questionnaire élaboré au cours de celle-ci sont nécessaires dans le but d'arriver à plus long terme à créer un outil court facilitant l'évaluation de l'intention d'adhérer à la DTAP des patients par le personnel infirmier.

Dans un souci de coût-efficacité, cibler la clientèle présentant un risque élevé de non-adhésion et s'assurer de mettre en place des interventions personnalisées pour ainsi favoriser une meilleure adhésion. Ces interventions permettront d'éviter le comportement de faible adhésion et entraîner une diminution des complications secondaires à une thrombose de tuteurs coronariens. Ainsi le taux de réhospitalisation pour une récurrence d'un événement coronarien s'en trouvera aussi diminué. Yallapragada, Siddiqui, Gindi, et Shroff (2013) mentionnent que malgré le fait que le coût exact de l'adhésion sous-optimale à la DTAP n'est pas connu, il s'agit clairement d'une dépense évitable au sein

d'un système de santé déjà surchargé. De plus, mettre l'emphasis sur des interventions personnalisées chez les patients qui en ont pleinement besoin va contribuer à l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines infirmières dédiées aux soins.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (2010). *Maladies cardiovasculaires*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/mcv-cvd-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada (2015). *Maladies cardiovasculaires*. Repéré à <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/chronic-diseases/cardiovascular-diseases/>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Indicateurs des maladies chroniques*. Repéré à <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/ccdi-imcc/data-tool/?l=fra>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies du cœur au Canada, 2018*. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/report-heart-disease-canada-2018/publ-fra.pdf>
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior* (Vol. J. Kuhl et J. Beckmann, Action-control: From cognition to behavior.). New York: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations.
- Albert, N. M. (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Critical care nurse*, 28(5), 54-64.
- Ambrosio, G., Komajda, M., Mugelli, A., Lopez-Sendón, J., Tamargo, J., & Camm, J. (2016). Management of stable angina: A commentary on the European Society of Cardiology guidelines. *European Journal Of Preventive Cardiology*, 23(13), 1401-1412. <http://dx.doi.org/10.1177/2047487316648475>
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., . . . Zieman, S. J. (2014). 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. *A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*. <http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000134>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499. <http://dx.doi.org/10.1348/014466601164939>
- Arnet, I., Metaxas, C., Walter, P. N., Morisky, D. E., & Hersberger, K. E. (2015). The 8-item Morisky Medication Adherence Scale translated in German and validated

against objective and subjective polypharmacy adherence measures in cardiovascular patients. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 21(2), 271-277. <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12303>

Bertrand, R., Raïche, G., & Blais, J.-G. (2004). Modèles de mesure l'apport de la théorie des réponses aux items.

Bird, G. C., Cannon, C. P., & Kennison, R. H. (2011). Results of a survey assessing provider beliefs of adherence barriers to antiplatelet medications *Critical Pathways In Cardiology*, 10(3), 134-141. <http://dx.doi.org/10.1097/HPC.0b013e318230d423>

Bønnaa, K. H., Mannsverk, J., Wiseth, R., Aaberge, L., Myreng, Y., Nygård, O., . . . Trovik, T. (2016). Drug-eluting or bare-metal stents for coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 375(13), 1242-1252.

Bonaca, M. P., Bhatt, D. L., Oude Ophuis, T., & et al. (2016). Long-term tolerability of ticagrelor for the secondary prevention of major adverse cardiovascular events: A secondary analysis of the pegasus-timi 54 trial. *JAMA Cardiology*. <http://dx.doi.org/10.1001/jamacardio.2016.1017>

Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings*. *Mayo Clinic*, 86(4), 304-314. <http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>

Brunton, L. L., Knollmann, B. C., & Hilal-Dandan, R. (2018). *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*.

Choi, B.-J., Matsuo, Y., Aoki, T., Kwon, T.-G., Prasad, A., Gulati, R., . . . Lerman, A. (2014). Coronary Endothelial Dysfunction Is Associated With Inflammation and Vasa Vasorum Proliferation in Patients With Early Atherosclerosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 34(11), 2473-2477. <http://dx.doi.org/10.1161/atvbaha.114.304445>

Crea, F., & Liuzzo, G. (2013). Pathogenesis of Acute Coronary Syndromes. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 61(1), 1-11. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.07.064>

Cutlip, D. E., Kereiakes, D. J., Mauri, L., Stoler, R., & Dauerman, H. L. (2015). Thrombotic complications associated with early and late nonadherence to dual antiplatelet therapy. *JACC Cardiovasc Interv*, 8(3), 404-410. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcin.2014.10.017>

- Czarny, M. J., Nathan, A. S., Yeh, R. W., & Mauri, L. (2014). Adherence to dual antiplatelet therapy after coronary stenting: a systematic review. *Clinical Cardiology*, 37(8), 505-513. <http://dx.doi.org/10.1002/clc.22289>
- Dangas, G. D., Claessen, B. E., Mehran, R., Xu, K., & Stone, G. W. (2013). Stent thrombosis after primary angioplasty for STEMI in relation to non-adherence to dual antiplatelet therapy over time: results of the HORIZONS-AMI trial. *Eurointervention: Journal Of Europcr In Collaboration With The Working Group On Interventional Cardiology Of The European Society Of Cardiology*, 8(9), 1033-1039. <http://dx.doi.org/10.4244/EIJV8I9A159>
- Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D. M., Nugent, K., Shipman, A., & Spertus, J. A. (2007). Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recovery. *The Journal Of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 459-465.
- Doucette, W. R., Farris, K. B., Youland, K. M., Newland, B. A., Egerton, S. J., & Barnes, J. M. (2012). Development of the Drug Adherence Work-up (DRAW) tool. *Journal Of The American Pharmacists Association: Japha*, 52(6), e199-e204. <http://dx.doi.org/10.1331?JAPhA.2012.12001>
- Fernandez, R., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., & Salamonson, Y. (2007). What do we know about the long term medication adherence in patients following percutaneous coronary intervention? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 53-61.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Fowler, F. J., Gallagher, P. M., Bynum, J. P., Barry, M. J., Lucas, F. L., & Skinner, J. S. (2012). Decision-making process reported by Medicare patients who had coronary artery stenting or surgery for prostate cancer. *Journal of general internal medicine*, 27(8), 911-916.
- Francis, J. J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., . . . Bonetti, D. (2004). Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. *A manual for health services researchers*, 2010, 2-12.
- Garavalia, L., Garavalia, B., Spertus, J. A., & Decker, C. (2009). Exploring patients' reasons for discontinuance of heart medications. *The Journal Of Cardiovascular Nursing*, 24(5), 371-379. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181ae7b2a>
- Garavalia, L., Ho, P. M., Garavalia, B., Foody, J. M., Kruse, H., Spertus, J. A., & Decker, C. (2011). Clinician-patient discord: exploring differences in perspectives for

discontinuing clopidogrel. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 10(1), 50-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.04.002>

Godin, G. (2012). Les comportements dans le domaine de la santé comprendre pour mieux intervenir. Montréal : Presses de l'Université de Montréal

Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98 12p.

Goss, F., Brachmann, J., Hamm, C. W., Haerer, W., Reifart, N., & Levenson, B. (2017). High adherence to therapy and low cardiac mortality and morbidity in patients after acute coronary syndrome systematically managed by office-based cardiologists in Germany: 1-year outcomes of the ProAcor Study. *Vasc Health Risk Manag*, 13, 127-137. <http://dx.doi.org/10.2147/vhrm.S119490>

Grundy, S. M. (2016). Metabolic syndrome update. *Trends Cardiovasc Med*, 26(4), 364-373. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tcm.2015.10.004>

Husted, S. (2009). Evidence-based prescribing and adherence to antiplatelet therapy--how much difference do they make to patients with atherothrombosis? *International Journal Of Cardiology*, 134(2), 150-159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.02.006>

Iakovou, I., Schmidt, T., Bonizzoni, E., Ge, L., Sangiorgi, G. M., Stankovic, G., . . . Carlino, M. (2005). Incidence, predictors, and outcome of thrombosis after successful implantation of drug-eluting stents. *Jama*, 293(17), 2126-2130.

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., . . . Group, E. S. C. S. D. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevationThe Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119-177. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

Jelinek, M., Vale, M. J., Liew, D., Grigg, L., Dart, A., Hare, D. L., & Best, J. D. (2009). The COACH program produces sustained improvements in cardiovascular risk factors and adherence to recommended medications-two years follow-up. *Heart, Lung & Circulation*, 18(6), 388-392. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2009.06.001>

Jiang, X., Sit, J. W., & Wong, T. K. S. (2007). A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters:

- evidence from Chengdu, China. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1886-1897. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01838.x>
- Jones, D. A., Rathod, K. S., Howard, J. P., Gallagher, S., Antoniou, S., De Palma, R., . . . Butler, J. (2012). Safety and feasibility of hospital discharge 2 days following primary percutaneous intervention for ST-segment elevation myocardial infarction. *Heart*, heartjnl-2012-302414.
- Kannel, W. B., Dawber, T. R., Kagan, A., Revotskie, N., & Stokes, J., III. (1961). Risk Factors in the Development of Coronary Heart Disease. Six Year Follow-up Experience—The Framingham Study. *Annals Of Internal Medicine*, 54(5), 1035-1035. http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-54-5-1035_1
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., . . . Lebel, P. (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0000000000000603>
- Kim, M. T., Hill, M. N., Bone, L. R., & Levine, D. M. (2000). Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Progress In Cardiovascular Nursing*, 15(3), 90-96.
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? *Revue des maladies respiratoires*, 22, 31-34.
- Lauck, S., Johnson, J. L., & Ratner, P. A. (2009). Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 190-199. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.12.002>
- Leon, M. B., Baim, D. S., Popma, J. J., Gordon, P. C., Cutlip, D. E., Ho, K. K. L., . . . Kuntz, R. E. (1998). A clinical trial comparing three antithrombotic-drug regimens after coronary-artery stenting. *New England Journal of Medicine*, 339(23), 1665-1671.

- Levine, G. N., Bates, E. R., Bittl, J. A., Brindis, R. G., Fihn, S. D., Fleisher, L. A., . . . Smith, S. C. (2016). 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention, 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery, 2012 ACC/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease, 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction, 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes, and 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *Circulation*, 134(10), e123-e155.
<http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000404>
- Libby, P. (2013). Mechanisms of acute coronary syndromes and their implications for therapy. *New England Journal of Medicine*, 368(21), 2004-2013.
- Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of Coronary Artery Disease. *Circulation*, 111(25), 3481-3488.
<http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.105.537878>
- Liistro, F., & Colombo, A. (2001). Late acute thrombosis after paclitaxel eluting stent implantation. *Heart*, 86(3), 262-264. <http://dx.doi.org/10.1136/heart.86.3.262>
- Maddox, T. M., & Ho, P. M. (2009). Medication adherence and the patient with coronary artery disease: challenges for the practitioner. *Current Opinion In Cardiology*, 24(5), 468-472. <http://dx.doi.org/10.1097/HCO.0b013e32832ed62d>
- Maroko, P. R., Kjekshus, J. K., Sobel, B. E., Watanabe, T., Covell, J. W., Ross, J., & Braunwald, E. (1971). Factors influencing infarct size following experimental coronary artery occlusions. *Circulation*, 43(1), 67-82.
- Mathews, R., Peterson, E. D., Honeycutt, E., Chin, C. T., Effron, M. B., Zettler, M., . . . Wang, T. Y. (2015). Early Medication Nonadherence After Acute Myocardial Infarction. *Insights into Actionable Opportunities From the Treatment with ADP receptor iNhibitorS: Longitudinal Assessment of Treatment Patterns and Events after Acute Coronary Syndrome (TRANSLATE-ACS) Study*, 8(4), 347-356.
<http://dx.doi.org/10.1161/circoutcomes.114.001223>
- Mathews, R., Wang, T. Y., Honeycutt, E., Henry, T. D., Zettler, M., Chang, M., . . . Peterson, E. D. (2015). Persistence with secondary prevention medications after

- acute myocardial infarction: Insights from the TRANSLATE-ACS study. *Am Heart J*, 170(1), 62-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2015.03.019>
- Mauri, L., Kereiakes, D. J., Yeh, R. W., Driscoll-Shempp, P., Cutlip, D. E., Steg, P. G., . . . Massaro, J. M. (2014). Twelve or 30 Months of Dual Antiplatelet Therapy after Drug-Eluting Stents. *New England Journal of Medicine*, 371(23), 2155-2166. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1409312>
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144.
- McHorney, C. A. (2009). The Adherence Estimator: a brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. *Current Medical Research And Opinion*, 25(1), 215-238. <http://dx.doi.org/10.1185/03007990802619425>
- Mehta, S. R., Baine, K. R., Cantor, W. J., Lordkipanidzé, M., Marquis-Gravel, G., Robinson, S. D., . . . Welsh, R. (2018). 2018 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Association of Interventional Cardiology Focused Update of the Guidelines for the Use of Antiplatelet Therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(3), 214-233. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2017.12.012>
- Mehta, S. R., Yusuf, S., Peters, R. J., Bertrand, M. E., Lewis, B. S., Natarajan, M. K., . . . Fox, K. A. (2001). Effects of pretreatment with clopidogrel and aspirin followed by long-term therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: the PCI-CURE study. *Lancet*, 358(9281), 527-533.
- Melloni, C., Berger, J. S., Wang, T. Y., Gunes, F., Stebbins, A., Pieper, K. S., . . . Newby, L. K. (2010). Representation of Women in Randomized Clinical Trials of Cardiovascular Disease Prevention. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 135-142. <http://dx.doi.org/doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.110.868307>
- Mihatov, N., Januzzi, J. L., & Gaggin, H. K. (2017). Type 2 myocardial infarction due to supply-demand mismatch. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 408-417. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.03.002>
- Molloy, G. J., Messerli-Bürky, N., Hutton, G., Wikman, A., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2014). Intentional and unintentional non-adherence to medications following an acute coronary syndrome: a longitudinal study. *Journal of psychosomatic research*, 76(5), 430-432.

- Montero-Cabezas, J. M., Karalis, I., Wolterbeek, R., Kraaijeveld, A. O., Hoefer, I. E., Pasterkamp, G., . . . Jukema, J. W. (2017). Classical determinants of coronary artery disease as predictors of complexity of coronary lesions, assessed with the SYNTAX score. *Netherlands Heart Journal: Monthly Journal Of The Netherlands Society Of Cardiology And The Netherlands Heart Foundation*, 25(9), 490-497. <http://dx.doi.org/10.1007/s12471-017-1005-0>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986a). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 67-74.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986b). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Naderi, S. H., Bestwick, J. P., & Wald, D. S. (2012). Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *The American Journal Of Medicine*, 125(9), 882-887. e881.
- Nordmann, A. J., Hengstler, P., Harr, T., Young, J., & Bucher, H. C. (2004). Clinical outcomes of primary stenting versus balloon angioplasty in patients with myocardial infarction: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal Of Medicine*, 116(4), 253-262.
- O'Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E., Chung, M. K., de Lemos, J. A., . . . Franklin, B. A. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 61(4), e78-e140.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Pettersen, T. R., Fridlund, B., Bendz, B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Schjøtt, J., . . . Investigators, C. (2018). Challenges adhering to a medication regimen following first-time percutaneous coronary intervention: A patient perspective. *International journal of nursing studies*, 88, 16-24.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 51(HS), 41-50. <http://dx.doi.org/10.3917/spub.150.0041>

- Praska, J. L., Kripalani, S., Seright, A. L., & Jacobson, T. A. (2005). Identifying and assisting low-literacy patients with medication use: a survey of community pharmacies. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(9), 1441-1445 1445p.
- Proudfit, W. L. (1983). Origin of concept of ischaemic heart disease. *British Heart Journal*, 50(3), 209.
- Quilici, J., Fugon, L., Beguin, S., Morange, P. E., Bonnet, J.-L., Alessi, M.-C., . . . Cuisset, T. (2013). Effect of motivational mobile phone short message service on aspirin adherence after coronary stenting for acute coronary syndrome. *International Journal Of Cardiology*, 168(1), 568-569. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.01.252>
- Ministère de la justice (2019). Loi sur les infirmières et infirmiers, chapitre I-8, à jour au 1^{er} octobre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- Reed, G. W., Rossi, J. E., & Cannon, C. P. (2017). Acute myocardial infarction. *Lancet*, 389 North American Edition(10065), 197-210. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30677-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30677-8)
- Rinfret, S., Rodés-Cabau, J., Bagur, R., Déry, J.-P., Dorais, M., Larose, E., . . . Bertrand, O. F. (2013). Telephone contact to improve adherence to dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation. *Heart (British Cardiac Society)*, 99(8), 562-569. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2012-303004>
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*: World Health Organization.
- Shah, N. D., Dunlay, S. M., Ting, H. H., Montori, V. M., Thomas, R. J., Wagie, A. E., & Roger, V. L. (2009). Long-term medication adherence after myocardial infarction: experience of a community. *The American Journal Of Medicine*, 122(10), 961.e967-913. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.12.021>
- Spertus, J. A., Bach, R., Bethea, C., Chhatriwalla, A., Curtis, J. P., Gialde, E., . . . Kugelmass, A. (2015). Improving the process of informed consent for percutaneous coronary intervention: patient outcomes from the Patient Risk Information Services Manager (ePRISM) study. *American Heart Journal*, 169(2), 234-241. e231.
- Spertus, J. A., Kettelkamp, R., Vance, C., Decker, C., Jones, P. G., Rumsfeld, J. S., . . . Cohen, D. J. (2006). Prevalence, predictors, and outcomes of premature discontinuation of thienopyridine therapy after drug-eluting stent placement: results from the PREMIER registry. *Circulation*, 113(24), 2803-2809.

- Stone, S. G., Serrao, G. W., Mehran, R., Tomey, M. I., Witzenbichler, B., Guagliumi, G., . . . Stone, G. W. (2014). Incidence, Predictors, and Implications of Reinfarction After Primary Percutaneous Coronary Intervention in ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction. *The Harmonizing Outcomes With Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction Trial*, 7(4), 543-551. <http://dx.doi.org/10.1161/circinterventions.114.001360>
- Treadway, S. A., Helmer, R. S., Farland, M. Z., & Ray, S. M. (2015). A Pilot Study to Assess Patient Adherence to New Chronic Medications Following the Use of a Novel Adherence Tool and Individualized Counseling. *The Journal of pharmacy technology : jPT : official publication of the Association of Pharmacy Technicians*, 31(6), 253-257. <http://dx.doi.org/10.1177/8755122515584954>
- Vernon, S. T., Coffey, S., Bhindi, R., Soo Hoo, S. Y., Nelson, G. I., Ward, M. R., . . . Figtree, G. A. (2017). Increasing proportion of ST elevation myocardial infarction patients with coronary atherosclerosis poorly explained by standard modifiable risk factors. *European Journal Of Preventive Cardiology*, 24(17), 1824-1830. <http://dx.doi.org/10.1177/2047487317720287>
- Witry, M. J., Doucette, W. R., Zhang, Y., & Farris, K. B. (2014). Multiple Adherence Tool Evaluation Study (MATES). *Journal Of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 20(7), 734-740.
- Yallapragada, S., Siddiqui, S., Gindi, R., & Shroff, A. (2013). Adherence to dual antiplatelet therapy: can we do better? *Expert Review Of Cardiovascular Therapy*, 11(10), 1417-1424. <http://dx.doi.org/10.1586/14779072.2013.839268>
- Yeh, R. W., Sidney, S., Chandra, M., Sorel, M., Selby, J. V., & Go, A. S. (2010). Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 362(23), 2155-2165.
- Yuan, Z., Levitan, B., Burton, P., Poulos, C., Brett Hauber, A., & Berlin, J. A. (2014). Relative importance of benefits and risks associated with antithrombotic therapies for acute coronary syndrome: patient and physician perspectives. *Current Medical Research And Opinion*, 30(9), 1733-1741.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., . . . Varigos, J. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937-952.
- Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R. O., Mann, D. L., Tomaselli, G. F., & Braunwald, E. (2019). *Braunwald's heart disease : a textbook of cardiovascular medicine*.

APPENDICE A

Formulaires d'information et de consentement à l'intention des patients – Phase 1



FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES PATIENTS

Titre du projet :
PRÉDICTION DE L'INTENTION À ADHÉRER À LA DOUBLE THÉRAPIE ANTIPLAQUETTAIRE
SUITE À UNE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE – PHASE 1

Chercheuse principale :	Amélie Doherty, inf. B. Sc. Étudiante à la maîtrise à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) Département des sciences infirmières
Co-chercheurs :	Julie Houle, inf. PhD (UQTR) Jean Lemoyne, PhD (UQTR)
Source de financement :	Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)
Déclaration de conflit d'intérêt :	Aucun



Le but du projet est de mener les premières étapes préalables au développement d'un outil simple qui va prédire l'intention des patients de prendre la médication anti-plaquettaire (ASA et Ticagrelor ou Clopidogrel, par exemple).

Cette recherche comporte deux objectifs spécifiques :

- 1) Identifier les croyances en lien avec la prise de cette médication (phase 1)
- 2) Valider un questionnaire fait à l'aide des croyances identifiées (phase 2)

Numéro du certificat : CER-2016-033

Certificat émis le 2017-05-19

Version 2017-05-15

Initiales : _____

Le projet de recherche contribuera à mieux comprendre ce qui influence l'intention d'adhérer à la médication chez le patient ayant une maladie coronarienne. Ces connaissances permettront de développer des interventions mieux adaptées à chaque patient.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation au projet de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement.

Tâche

Suite à l'obtention de votre autorisation à être contacté pour le présent projet de recherche, nous vous avons remis cette lettre d'informations ainsi que ce formulaire de consentement. Vous pourrez lire ces documents et signer le consentement si vous acceptez de participer au projet. Une enveloppe affranchie vous permettra de retourner le formulaire de consentement au chercheur sans aucuns frais pour vous dans les 5 jours.

Dans les jours suivants, la réception de votre consentement à participer, la chercheuse du projet va entrer en communication avec vous par téléphone, dans le but de répondre à vos questions en lien avec le projet de recherche et de faire avec vous une entrevue téléphonique.

Une vingtaine de minutes seront nécessaires pour participer à l'entrevue téléphonique dirigée.

Aucun suivi ne sera effectué auprès des participants à la fin de ce projet de recherche.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré à lire le document et à répondre au questionnaire, soit environ une quinzaine de minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

Il se peut que vous retiriez une satisfaction personnelle de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de la cardiologie.

Compensation

Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera accordée.

Confidentialité

Les données recueillies lors de l'entrevue téléphonique seront confidentielles. Les résultats obtenus pourront être diffusés sous forme d'articles ou de communications scientifiques, mais ils ne permettront pas d'identifier les participants. Le chercheur responsable de ce projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Elles ne seront pas

utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Ces données de recherche seront conservées sous clé dans le laboratoire de recherche du Groupe interdisciplinaire de recherche appliqué en santé (GIRAS) de l'Université de Trois-Rivières pendant au moins 5 ans par l'investigateur responsable de ce projet de recherche.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Clause de divulgation

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par la loi.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Retrait d'un participant

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision. Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, les données déjà obtenues dans le cadre de ce projet seront conservées et utilisées si elles sont pertinentes à l'analyse en fonction des objectifs visés.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'établissement et l'organisme subventionnaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Amélie Doherty inf. B. Sc. au laboratoire du GIRAS au 819-376-5011 poste 3475

Identification des personnes ressources

Le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819-372-3133 poste 32303

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au numéro suivant : 819-370-2200, poste 3227.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, **Amélie Doherty inf B.SC.**, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet intitulé : **Prédiction de l'intention à adhérer à la double thérapie antiplaquettaire suite à une angioplastie coronarienne.**

J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Numéro du certificat : CER-2016-033

Certificat émis le 2017-05-19

Version 2017-05-15

Initiales : _____

APPENDICE B

Questionnaire préliminaire – Phase 1



QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE PHASE 1

Titre du projet :
PRÉDICTION DE L'INTENTION À ADHÉRER À LA DOUBLE THÉRAPIE
ANTIPLAQUETTAIRE SUITE À UNE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE

Par :
Amélie Doherty, inf. B Sc., étudiante à la maîtrise

Sous la direction de :
Julie Houle, inf. PhD CSIC(C)
Jean Lemoyne, PhD

26 janvier 2017

QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE

Le but de ce questionnaire est de connaître votre opinion (ou vos croyances) en lien avec la médication qui a été prescrite par votre cardiologue suite à la dilatation coronarienne que vous avez subi. Cette médication est composée de deux médicaments, soit l'Aspirine, ainsi que du Clopidogrel (Plavix), ou du Prasugrel (Effient), ou du Ticagrelor (Brilinta). Vous devez prendre ces médicaments à tous les jours pour la prochaine année.

Quels sont les antiplaquettaires prescrits par votre médecin :

- ☐ ASA + Clopidogrel (Plavix)
- ☐ ASA + Prasugrel (Effient)
- ☐ ASA + Ticagrelor (Brilinta)

Pour répondre au questionnaire

1. Il est important de répondre à toutes les questions
2. Répondez au meilleur de votre connaissance
3. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses
4. Vous pouvez mettre le nombre de réponses que vous souhaitez

1. Selon vous, quels sont les **AVANTAGES** à prendre une aspirine ET un autre médicament antiplaquettaire (ex : plavix, effient ou brilinta) à tous les jours pour la prochaine année ?

2. Selon vous, quels sont les **DÉSAVANTAGES** ou les inconvénients à prendre une aspirine ET un autre médicament antiplaquettaire (ex : plavix, effient ou brilinta) à tous les jours pour la prochaine année ?

3. Est-ce que vous associez autres choses à la prise d'une aspirine ET d'un autre médicament antiplaquettaire (ex : plavix, effient ou brilinta) à tous les jours pour la prochaine année ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, lesquelles :

4. Est-ce qu'il y a certaines personnes ou certains groupes de personnes qui **APPROUVERAIENT** la prise d'une aspirine ET d'un autre médicament antiplaquettaire (ex : plavix, effient ou brilinta) à tous les jours pour la prochaine année ?

5. Est-ce qu'il y a certaines personnes ou certains groupes de personnes qui **DÉSAPPROUVERAIENT** la prise des deux médicaments à tous les jours pour la prochaine année ?

6. Est-ce que d'autres personnes que vous n'avez pas nommées dans les deux questions précédentes, pourraient **AVOIR UNE INFLUENCE** sur votre intention de prendre deux médicaments à tous les jours pour la prochaine année ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, lesquelles :

7. Qu'est-ce qui pourrait vous **AIDER** à prendre une aspirine ET un autre médicament antiplaquettaire (ex : plavix, effient ou brilinta) à tous les jours pour la prochaine année ?

8. Quels sont les obstacles qui pourraient vous **EMPÊCHER** de prendre une aspirine ET un autre médicament antiplaquettaire (ex : plavix, effient ou brilinta) à tous les jours pour la prochaine année ?

9. Pour vous, la prise quotidienne d'une aspirine ET d'un autre médicament antiplaquettaire (ex : plavix, effient ou brilinta) pour la prochaine année, **C'EST**

Écrivez les adjectifs qui vous viennent spontanément à l'esprit, par exemple ; facile, important, compliqué, dangereux, bon pour ma santé, exigeant ...

RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

10. De quel genre êtes-vous ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Ne souhaite pas répondre

11. Quel est votre groupe d'âge ?

- ☐ 18 à 35 ans
- ☐ 36 à 50 ans
- ☐ 51 à 65 ans
- ☐ 66 à 80 ans
- ☐ 81 ans et plus
- ☐ Ne souhaite pas répondre

12. Quel est votre plus haut niveau de scolarité ?

- ☐ Diplôme d'études secondaires complétées
- ☐ Diplôme d'études collégiales
- ☐ Diplôme universitaire de premier cycle
- ☐ Diplôme universitaire de deuxième cycle ou plus
- ☐ Autre : _____
- ☐ Ne souhaite pas répondre

13. Quelle est votre situation familiale actuelle ?

- ☐ Marié (e) ou en union libre
- ☐ Veuf (ve)
- ☐ Séparé(e) ou divorcé
- ☐ Célibataire, jamais marié(e)
- ☐ Ne souhaite pas répondre

14. Avez-vous des enfants à charge qui habitent avec vous ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

15. Quel est votre milieu d'habitation ?

- ☐ Milieu rural
- ☐ Milieu urbain
- ☐ Ne souhaite pas répondre

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION

APPENDICE C

Formulaires d'information et de consentement à l'intention des patients -- Phase 2



FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES PATIENTS

Titre du projet :
PRÉDICTION DE L'INTENTION À ADHÉRER À LA DOUBLE THÉRAPIE ANTIPLAQUETTAIRE
SUITE À UNE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE – PHASE 2

Chercheuse principale :	Amélie Doherty, inf. B. Sc. Étudiante à la maîtrise à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) Département des sciences infirmières
Co-chercheurs :	Julie Houle, inf. PhD (UQTR) Jean Lemoyne, PhD (UQTR)
Source de financement :	Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)
Déclaration de conflit d'intérêt :	Aucun



Le but du projet est de mener les premières étapes préalables au développement d'un outil simple qui va prédire l'intention des patients de prendre la médication anti-plaquettaire (ASA et Ticagrelor ou Clopidogrel, par exemple).

Cette recherche comporte deux objectifs spécifiques :

- 1) Identifier les croyances en lien avec la prise de cette médication (phase 1)
- 2) Valider un questionnaire fait à l'aide des croyances identifiées (phase 2)

Le projet de recherche contribuera à mieux comprendre ce qui influence l'intention d'adhérer à la médication chez le patient ayant une maladie coronarienne (ex : angine, infarctus). Ces

Numéro du certificat : CER-2016-033

Certificat émis le 2017-05-19

Version 2017-05-15

Initiales : _____

connaissances permettront de développer des interventions mieux adaptées aux besoins de chaque patient.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation au projet de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Vous pouvez donc prendre le temps de la lire attentivement.

Tâche

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Suite à la consultation de votre dossier médical, une lettre d'informations ainsi qu'un questionnaire vous ont été remis lors de votre congé de l'hôpital. Vous avez été sélectionné puisque vous avez subi une dilatation coronarienne avec mise en place d'un tuteur (stent).

Vous pourrez lire ces documents à votre domicile et appeler Mme Amélie Doherty inf. B. Sc. au 819-376-5011 poste 3475 si vous avez des questions. Si vous acceptez de participer au projet, nous vous invitons à compléter le questionnaire ci-joint et à le retourner dans l'enveloppe préaffranchie (sans aucun frais pour vous) dans la semaine suivant votre congé de l'hôpital. Le remplissage du questionnaire peut prendre environ 15 minutes. Le questionnaire est constitué de plusieurs questions, pour lesquelles un choix de réponses vous sera fourni. Cette étape de notre projet nous permettra de valider le questionnaire.

Par la suite, le même questionnaire vous sera envoyé par la poste environ deux semaines après l'avoir complété une 1^{ère} fois et ce, pour que vous puissiez le compléter à nouveau. Vous devrez le retourner également par la poste à l'aide d'une enveloppe pré affranchie qui accompagnera le questionnaire. Un rappel téléphonique sera effectué par l'investigatrice principale ou un membre de l'équipe de recherche lors de l'envoi du questionnaire, pour vous aviser que l'envoi a été effectué et répondre à vos questions si besoin.

Vous devrez donc compléter le questionnaire à 2 reprises soit au cours de la semaine suivant votre congé de l'hôpital et 2 semaines plus tard.

Aucune période de suivi ne sera effectuée auprès des participants à la fin du projet de recherche.

Voici un tableau qui résume ce que vous aurez à faire :

	Étape 1	Étape 2
Tâche	Compléter un questionnaire	Compléter un questionnaire
Durée	15 minutes	15 minutes

Lieu	Domicile	Domicile
<i>Lors du congé, remise de la lettre et du questionnaire</i>	X	
<i>Envoi postal du même questionnaire</i>		X

Risques, Inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ une quinzaine de minutes lors de chacun des remplissages du questionnaire, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

Il se peut que vous retiriez une satisfaction personnelle de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de la cardiologie.

Compensation

Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera accordée.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'investigateur de ce projet de recherche.

Les résultats issus des questionnaires pourront être diffusés sous forme d'articles ou de communications scientifiques, mais ils ne permettront pas d'identifier les participants. Le chercheur responsable de ce projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Ces données de recherche seront conservées sous clé dans le laboratoire du Groupe interdisciplinaire de recherche appliquée (GIRAS) de l'Université de Trois-Rivières pendant au moins 5 ans par l'investigateur responsable de ce projet de recherche.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, ou par une personne

Numéro du certificat : CER-2016-033

Certificat émis le 2017-05-19

Version 2017-05-15

Initiales : _____

mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Clause de divulgation

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par la loi.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Retrait d'un participant

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision. Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, les données déjà obtenues dans le cadre de ce projet seront conservées et utilisées si elles sont pertinentes à l'analyse en fonction des objectifs visés.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'établissement et l'organisme subventionnaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Amélie Doherty Inf. B. Sc.
au laboratoire du GIRAS au 819-376-5011 poste 3475

Identification des personnes ressources

Le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au

Numéro du certificat : CER-2016-033

Certificat émis le 2017-05-19

Version 2017-05-15

Initiales : _____

protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819-372-3133 poste 32303.

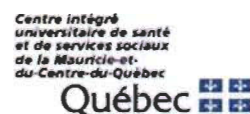
Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au numéro suivant : 819-370-2200, poste 3227.

Numéro du certificat : C-IR-2016-033

Certificat émis le 2017-05-19

Version 2017-05-15

Initiales : _____



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, **Amélie Doherty inf B.SC.**, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet intitulé : **Prédiction de l'intention à adhérer à la double thérapie antiplaquettaire suite à une angioplastie coronarienne.**

J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Numéro du certificat : CER-2016-033

Certificat émis le 2017-05-19

Version 2017-05-15

Initiales : _____

APPENDICE D

Certificat d'approbation éthique et lettre d'autorisation de réaliser la recherche

CIUSSSMCQ

Centre éthique
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Médecine et
du Centre du Québec

Québec

BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE

Téléphone : 514-372-3133 poste 32303
ciussmq_bureau_integre_de_ethique@ciussm.gouv.qc.ca

No d'approbation
éthique CIUSSSMCQ :

CÉR-2016-033-00

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet :	Prédiction de l'intention à adhérer à la double thérapie antiplaquettaire suite à une angioplastie coronarienne
Numéro du projet :	CÉR-2016-033
Chercheur :	Madame Amélie Doherty

Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :

Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :	Date de la version
Résumé de projet	2017-01-30
Protocole de recherche	2017-04-21
Appendice A : Résumé des différentes phases du projet	
Appendice B : Questionnaire préliminaire	
Formulaire d'information et de consentement à l'intention des patients - Phase 1	2017-05-15
Formulaire d'information et de consentement à l'intention des patients - Phase 2	2017-05-15
Autorisation à être contacté - Phase 1	2017-03-10
Autorisation à être contacté - Phase 2	2017-03-14
Questionnaire préliminaire	2017-01-26
Mise à jour du recrutement - Phase 1	2017-05-15

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR :	2017-02-16
Certificat actuel :	
Raison d'émission :	Acceptation initiale
Date d'étude par notre CÉR :	2017-02-16
Période de validité :	Du 2017-05-19 au 2018-05-19



Bernard Deshaies
Président
Comité d'éthique de la recherche multiclientèle



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.



PAR COURRIEL

Trois-Rivières, le 12 juin 2017

Madame Amélie Doherty
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
3351, boulevard des Forges
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7
Amelie.Doherty@uqtr.ca

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :
Prédiction de l'intention à adhérer à la double thérapie antiplaquettaire suite à une angioplastie coronarienne
Numéro attribué par le CÉR évaluateur : CÉR-2016-033
Numéro d'établissement attribué par le Service de la recherche :
498-Double_thérapie_antiplaquettaire

Madame Doherty,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans le secteur suivant :
Auprès des infirmières de recherche en cardiologie de la direction de l'enseignement universitaire de la recherche et de l'innovation au Centre affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le Comité d'éthique de la recherche multicentrique du CIUSSS MCQ.

- qui agit comme CÉR évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics, du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du **19 mai 2017** le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet; et
- qui a approuvé les formulaires de consentement en français utilisés pour cette recherche.

Nous accusons réception des formulaires de consentement que vous avez préparés pour notre établissement et nous les joindrons à la copie de cette autorisation qui sera transmise au CÉR évaluateur.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance; et

1981, boulevard du Canal
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9
Téléphone : 819 897-3333, poste 66449
Quelchit.recherche@iasss.gouv.qc.ca
www.ciuissmq.ca

Mme Amélie Doherty

12 juin 2017

2

- respecter les exigences fixées par le CÉR évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement devra être renouvelée à la date indiquée par le CÉR évaluateur afin que l'approbation éthique de la recherche demeure en vigueur sans autre procédure de notre part.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur est madame Caroline Guertin, chef de service de la Recherche médicale et clinique, au 819 697-3333 poste 68146 ou à l'adresse courriel suivante : caroline_guertin@ssss.gouv.qc.ca

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec l'équipe de la recherche par le biais du guichet unique, si besoin est, à l'adresse suivante : guichet_recherche@ssss.gouv.qc.ca. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER en vous adressant à : ciussmcq_bureau_integre_de_lethique@ssss.gouv.qc.ca pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué au projet de recherche par le CÉR évaluateur (CÉR-2016-033) ainsi que le numéro attribué à votre demande par notre établissement (498-Double_thérapie_antiplaquettaire).

Veuillez agréer, Mme Doherty, mes salutations distinguées.



Roger Guimond
Directeur administratif de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation
CIUSSS MCQ

p. j. Formulaires de consentement qui seront utilisés pour la réalisation de la recherche dans l'établissement.

c. c. : Mme Patricia Alarie, infirmière clinicienne, CIUSSS MCQ;
Mme Chantal Brochu, adjointe à la direction des soins infirmiers, CIUSSS MCQ;
M. Bernard Deshaies, président du CÉR du CIUSSS MCQ;
Dr Ariel Diaz, chef de service de cardiologie, cardiologue, CIUSSS MCQ;
Mme Caroline Guertin, chef de service – Recherche médicale et clinique, CIUSSS MCQ;
Mme Julia Houle, professeure titulaire, directrice de mémoire, UQTR;
Mme Isabelle Roy, infirmière clinicienne, CIUSSS MCQ;
Dr Ying Tung Sia, cardiologue, CIUSSS MCQ;

APPENDICE E

Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains et lettre de rapport final

UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Prédiction de l'intention à adhérer à la double thérapie antiplaquettaire suite à une angioplastie coronarienne

Chercheur(s) : Amélie Doherty
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec (RRISIK)

N° DU CERTIFICAT : CER-17-236-10.03

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 24 mai 2018 au 24 mai 2019

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 24 avril 2018



Le 14 juin 2019

Madame Amélie Doberty
Étudiante
Département des sciences infirmières

Madame,

Au nom du Comité d'éthique de la recherche, je vous remercie d'avoir présenté votre rapport final pour la recherche intitulée **Prédiction de l'intention d'adhérer à la double thérapie antiplaquettaire suite à une angioplastie coronarienne** (CER-17-236-10.03).

Le comité a pris acte de votre rapport lors de sa 258^e réunion qui s'est tenue le 14 juin 2019. Je suis consciente que le temps des chercheurs est précieux, c'est pourquoi je vous suis très reconnaissante pour votre collaboration dans l'application de notre Politique d'éthique de la recherche avec les êtres humains.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat de la recherche et de la création

FL:fg

c.c. M^{me} Julie Houle, professeure au Département des sciences infirmières

APPENDICE F

Grille d'analyse finale des 3 experts pour validation du contenu du questionnaire
préliminaire



GRILLE D'ANALYSE POUR LE QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE PHASE 1

Titre du projet :
PRÉDICTION DE L'INTENTION À ADHÉRER À LA DOUBLE THÉRAPIE
ANTIPLAQUETTAIRE SUITE À UNE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE

Par :
Amélie Doherty, inf. B Sc., étudiante à la maîtrise

Sous la direction de :
Julie Houle, inf. PhD CSIC(C)
Jean Lemoyne, PhD



05 novembre 2017

Le but du projet de recherche est de mener les premières étapes préalables au développement d'un outil simple qui prédit le potentiel d'adhésion à la double thérapie antiplaquettaire (DTA) suite à une angioplastie coronarienne. La théorie du comportement planifié (TCP) sert de cadre de référence. La phase I du projet consistait à identifier les croyances qui prédisposent les patients à adhérer à la DTA durant un an. Elle est maintenant sur le point d'être finalisée et la grille ci-dessous contient les réponses obtenues lors du questionnaire préliminaire portant sur les croyances en lien avec la DTA. Je souhaite m'assurer que les termes énoncés par les participants correspondent bien aux croyances en lien avec les variables de la TCP. Votre rôle est donc de valider le contenu de la grille et de me préciser si chacun des énoncés se retrouve bien avec la bonne variable de la TCP ainsi que les classer par ordre d'importance. Selon Godin (2012), les experts doivent s'assurer que chacune des listes doit être mutuellement exclusive. De plus, il est nécessaire de quantifier les termes selon leur pertinence relativement à la variable. Une échelle a été élaborée en ce sens dont vous trouverez la légende ci-dessous.

Légende de la pertinence

Non pertinent	Ø
Ni un ni l'autre	≡
Pertinent	⊕

Légende des évaluateurs

François Boudreau	
Jean Lemoyne	
Julie Houle	

Attitude		Pertinence			Suggestions	Questionnaire phase 2
Avantages perçus	n'a plus de point dans le dos	≡	⊕	⊕	Diminuer les douleurs musculosquelettiques	√ Diminuer la douleur
	n'a plus mal à la tête	⊕	⊕	⊕		√ Diminuer la douleur
	moins étourdi	⊕	⊕	⊕		Ø
	Bon fonctionnement cœur	⊕	⊕	⊕		√
	Toutes les chances de son bord	⊕	≡	⊕	Préciser (jargon) Réduire les risques de complications <i>Je crois qu'il faudrait en préciser le sens.</i>	Ø
	prévenir les blocages des artères	⊕	⊕	⊕		√
	prévenir les infarctus	⊕	⊕	⊕	Un infarctus	√
	bon pour éclaircir le sang	⊕	⊕	⊕		√
	médecin dit que c'est bon	Ø	Ø		Norme subjective <i>J'aurais tendance à mettre cette croyance dans les «croyances normatives»</i>	
	ça me sécurise	⊕	⊕	⊕	<i>Je crois qu'il faudrait préciser par rapport à quoi cela sécurise</i>	Ø
Désavantages perçus	ne pas se couper	⊕	⊕	⊕	+ de précision Augmente le risque de saignement en cas de blessures	√
	sang très clair	⊕	⊕	⊕		√
	sang dans l'urine	⊕	⊕	⊕		Ø

Attitude		Pertinence			Suggestions	Questionnaire phase 2
	plus sujet aux ecchymoses	⊕	⊕	⊕	Je crois qu'il faut préciser l'incompatibilité avec d'autres traitements	√
	opération prévue a dû être reportée	∅	≡	≡		
	risque d'hémorragie	⊕	⊕	⊕		√
	obligation de la prendre pendant 1 an	⊕	⊕	⊕		
Autres	indispensable pour un temps		∅	⊕	Nécessaire	
	éviter les inflammations	⊕	≡	⊕	Je crois qu'il faut préciser Réduit les douleurs d'origine inflammatoire	
	souhaitables avant une activité sportive	∅	∅			
	méfiance envers anti-inflammatoires	≡	∅	≡	Il faut reformuler Peur d'avoir des effets secondaires	
	période de rejet de sang	≡	∅	∅		
	je me sens mieux qu'avant	⊕	∅	⊕	Ressent des bénéfices	∅
	avant d'avoir subi un infarctus, je n'avais pas tous ces médicaments	≡	⊕	⊕	Habitude de prendre des médicaments	∅

Norme subjective		Pertinence			Suggestions des experts	Questionnaire phase 2
Personnes qui approuvent	Épouse; épouse	⊕	⊕	⊕	Conjoint(e) Je suggère d'ajouter des membres de ma famille (frère sœur, enfants) <i>Remplacer par conjoint et conjointe</i> Ajouter également frère et sœur	√ conjoint/conjointe √ enfants
	conjoint	⊕	⊕	⊕		√
	la médecine	⊕	∅	∅	<i>Inclut dans médecin ?</i>	
	médecin; médecin; médecin la recherche	≡	⊕	⊕		√ médecin de famille
	cardiologue; cardiologue; cardiologue	⊕	⊕	⊕	<i>Les chercheurs ?</i> Pourrait être ajouté au questionnaire <i>Y a-t-il lieu de distinguer entre md et cardio ?</i>	√
Désapprouvent	Aucune réponse					
Personnes qui ont une influence	informations : recherches, incidents, accidents, cas d'espèce ma fille	⊕	∅	∅	Ce qui est ci-haut se rapproche des suggestions énumérées ici	∅
	seules les personnes avec des compétences en ce domaine	⊕	∅	⊕		
	seulement le cardiologue	⊕	∅	∅		∅
		∅	∅	∅		

Perception de contrôle comportemental		Pertinence			Suggestions des experts	Questionnaire phase 2
Facteurs facilitants	bonne circulation sanguine verre d'eau	Ø	⊕	⊕	Dans les avantages ? On doit préciser Faciliter à avaler les comprimés <i>Préciser le sens</i>	√
	une personne de confiance	⊕	≡	⊕		√
	avoir une prescription	⊕	⊕	⊕		√
	prévention d'un infarctus	Ø	⊕	⊕	Dans les avantages	√
	fié à mon md de famille et mon cardiologue	Ø	⊕	⊕	Avoir confiance aux recommandations de son médecin	Ø
	avoir un autre malaise cardiaque	≡	Ø	≡	<i>Même sens que «prévention d'un infarctus»</i> Ressentir d'autres malaises cardiaques	√
Facteurs contraignants	délicat pour la santé	Ø	⊕	Ø		√ présente un risque pour la santé
	sang dans les urines	⊕	⊕	⊕	Des risques d'avoir... Je ne saisis pas <i>Préciser le sens</i>	√ avoir des saignements
	orthothérapeute pour opération	=	Ø ou ≡	Ø		√ professionnel de la santé demande d'arrêter

Adjectifs	Pertinence			Suggestions	Questionnaire phase 2
Facile; facile; facile; facile	⊕	⊕	⊕		√
assez facile	⊕	∅	⊕	facile	
il n'y a rien là	=	∅	=	Trop du jargon En lien avec le terme « facile »	
routinier	⊕	∅	⊕	Notion d'habitude	√
une habitude	∅	∅	∅		
ça ne me dérange pas	∅	∅	∅		
moins souffrant	∅	⊕	∅		
prévention infarctus	=	∅	=	Utile ou important	
meilleure qualité de vie	=	∅	=	Idem	
un devoir	∅	∅	∅		
important	⊕	⊕	⊕		√
sécurisant	⊕	⊕	⊕		√
enchantée	∅	∅	∅	Non pertinent	
bon pour santé cardiaque	⊕	⊕	⊕	Utile, sain,	√ utile
bon pour santé; bon pour santé; bon pour santé				important	

Godin, G. (2012). Les comportements dans le domaine de la santé comprendre pour mieux intervenir.

APPENDICE G

Questionnaire final –Phase 2



PRÉDICTION DE L'INTENTION À ADHÉRER À LA DOUBLE THÉRAPIE
ANTIPLAQUETTAIRE SUITE À UNE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE

Par :
Amélie Doherty, inf. B Sc., étudiante à la maîtrise

Sous la direction de :
Julie Houle, inf. PhD CSIC(C)
Jean Lemoyne, PhD

11 décembre 2017

Numéro du participant :

Le but de ce questionnaire est de connaître votre opinion (ou vos croyances) en lien avec les **médicaments anti-plaquettaires** qui ont été prescrits par votre cardiologue suite à l'intervention que vous venez de subir (dilatation coronarienne). Ces médicaments sont l'*Aspirine* ET un des médicaments suivants : *Clopidogrel (Plavix)* ou *Prasugrel (Effient)* ou *Ticagrelor (Brilinta)*. Vous devez prendre ces médicaments à tous les jours pour la prochaine année.

COMMENT RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

1. Il est important de répondre à chacune des questions même si certaines peuvent vous sembler répétitives.
2. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, répondez selon ce qui vous représente le mieux.

Pour chacune des questions posées, vous devez mettre **une seule réponse**. Il vous suffit **d'encrer la case** qui correspond à votre réponse pour l'exemple A et **de cocher (✓ ou x)** au-dessus de la ligne, la réponse correspond le mieux à votre choix pour exemple B.

EXEMPLE A :

Croyez-vous que dans la prochaine année :

Totalement improbable 1	Très improbable 2	Légèrement improbable 3	Ni probable ni improbable 4	Légèrement probable 5	Très probable 6	Totalement probable 7
-------------------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	--------------------	-----------------------------

vous allez réussir à améliorer la santé de votre cœur	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

EXEMPLE B :

Selon vous, la santé de votre cœur est :

vraiment mauvaise 1	Très mauvaise 2	Légèrement mauvaise 3	Ni mauvaise ni bonne 4	✓ Légèrement bonne 5	Très bonne 6	excellente 7
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------

Au cours de la prochaine année, quelles sont vos intentions avec la prise à tous les jours de vos médicaments anti-plaquettaires ?

Totalement en désaccord 1	Très en désaccord 2	Légèrement en désaccord 3	Légère- ment en désaccord 3	Ni en accord ni en désaccord 4	Légèrement en accord 5	Très d'accord 6	Totalemen t en accord 7
---------------------------------	---------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------------

Vous avez l'intention de prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours

1. ... pour le prochain mois	1	2	3	4	5	6	7
2. ... pour les 6 prochains mois	1	2	3	4	5	6	7
3. ... pour la prochaine année	1	2	3	4	5	6	7

Personnellement, quelle valeur accordez-vous aux énoncés suivants ?

Très insignifiante 1	Assez insignifiante 2	Légèrement insignifiante 3	Ni importante ni insignifiante 4	Légèrement importante 5	Assez importante 6	Très importante 7
----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------

4. Prévenir les blocages de vos artères	1	2	3	4	5	6	7
5. Améliorer le fonctionnement de votre cœur	1	2	3	4	5	6	7
6. Prévenir un infarctus	1	2	3	4	5	6	7
7. Éclaircir le sang adéquatement	1	2	3	4	5	6	7
8. Diminuer la douleur musculo-squelettique	1	2	3	4	5	6	7
9. Réduire les risques de complications cardiaques	1	2	3	4	5	6	7
10. Avoir le sang trop clair	1	2	3	4	5	6	7
11. Être sujet aux ecchymoses (faire des bleus)	1	2	3	4	5	6	7
12. Avoir un risque de saigner beaucoup	1	2	3	4	5	6	7
13. Réduire les problèmes inflammatoires	1	2	3	4	5	6	7
14. Avoir des effets secondaires aux médicaments	1	2	3	4	5	6	7

Selon vous, si vous prenez vos médicaments antiplaquettaires à tous les jours pour la prochaine année, jusqu'à quel point croyez-vous qu'il sera probable de:

Totalement improbable 1	Très improbable 2	Légèrement improbable 3	Ni improbable Ni probable 4	Légèrement probable 5	Très probable 6	Totalement probable 7
-------------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------

15. Prévenir les blocages de vos artères	1	2	3	4	5	6	7
16. Améliorer le fonctionnement de votre coeur	1	2	3	4	5	6	7
17. Prévenir un infarctus	1	2	3	4	5	6	7
18. Éclaircir le sang adéquatement	1	2	3	4	5	6	7
19. Diminuer la douleur musculo-squelettique	1	2	3	4	5	6	7
20. Réduire les risques de complications cardiaques	1	2	3	4	5	6	7
21. Avoir le sang trop clair	1	2	3	4	5	6	7
22. Être sujet aux ecchymoses (faire des bleus)	1	2	3	4	5	6	7
23. Avoir un risque de saigner beaucoup	1	2	3	4	5	6	7
24. Réduire les problèmes inflammatoires	1	2	3	4	5	6	7
25. Avoir des effets secondaires aux médicaments	1	2	3	4	5	6	7

Comment PERCEVEZ-VOUS la prise des médicaments anti-plaquettaires à tous les jours pour la prochaine année ?

26.	1 Vraiment Inefficace	2 Très Inefficace	3 Légèrement Inefficace	4 Incertain	5 Légèrement efficace	6 Très efficace	7 Vraiment efficace
27.	1 Vraiment négligeable	2 Très négligeable	3 Légèrement négligeable	4 Incertain	5 Légèrement important	6 Très important	7 Vraiment important
28.	1 Vraiment dangereux	2 Très dangereux	3 Légèrement dangereux	4 Incertain	5 Légèrement sécuritaire	6 Très sécuritaire	7 Vraiment sécuritaire
29.	1 Vraiment inutile	2 Très inutile	3 Légèrement inutile	4 Incertain	5 Légèrement utile	6 Très utile	7 Vraiment utile
30.	1 Vraiment mauvais pour la santé	2 Très mauvais pour la santé	3 Légèrement mauvais pour la santé	4 Incertain	5 Légèrement bon pour la santé	6 Très bon pour la santé	7 Vraiment bon pour la santé
31.	1 Vraiment insécurisant	2 Très insécurisant	3 Légèrement insécurisant	4 Incertain	5 Légèrement sécurisant	6 Très sécurisant	7 Vraiment sécurisant

Indiquez à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants :

Totalement en désaccord	Très en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Légèrement en accord	Très d'accord	Totalement en accord
1	2	3	4	5	6	7

Les **personnes qui sont importantes** pour vous...

32. PENSENT que vous devriez prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours pour la prochaine année	1	2	3	4	5	6	7
33. APPROUVENT le fait de prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours pour la prochaine année	1	2	3	4	5	6	7
34. vous ENCOURAGENT à prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours pour la prochaine année	1	2	3	4	5	6	7

Les **personnes ayant subi une intervention** comme la vôtre...

35. PRENNENT leurs médicaments anti-plaquettaires à tous les jours pour la prochaine année	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Selon vous, jusqu'à quel point est-il probable que les personnes suivantes **PENSENT** que vous devriez prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours pour la prochaine année :

	Totalement improbable 1	Très improbable 2	Légèrement improbable 3	Ni improbable Ni probable 4	Légèrement probable 5	Très probable 6	Totalement probable 7	Non applicable
36. Votre conjoint/conjointe	1	2	3	4	5	6	7	X
37. Votre cardiologue	1	2	3	4	5	6	7	X
38. Votre médecin de famille	1	2	3	4	5	6	7	X
39. Votre infirmière	1	2	3	4	5	6	7	X
40. Votre pharmacien	1	2	3	4	5	6	7	X
41. Vos enfants	1	2	3	4	5	6	7	X
42. Vos frères ou sœurs	1	2	3	4	5	6	7	X
43. Vos ami(e)s	1	2	3	4	5	6	7	X

Concernant la prise de vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours au cours de la prochaine année, quel est votre degré de motivation à agir selon l'opinion de :

	Très démotivé 1	Un peu démotivé 2	Peu démotivé 3	Ni un ni l'autre 4	Légèrement motivé 5	Assez motivé 6	Très motivé 7	Non applicable
44. Votre conjoint/conjointe	1	2	3	4	5	6	7	X
45. Votre cardiologue	1	2	3	4	5	6	7	X
46. Votre médecin de famille	1	2	3	4	5	6	7	X
47. Votre infirmière	1	2	3	4	5	6	7	X
48. Votre pharmacien	1	2	3	4	5	6	7	X
49. Vos enfants	1	2	3	4	5	6	7	X
50. Vos frères ou sœurs	1	2	3	4	5	6	7	X
51. Vos ami(e)s	1	2	3	4	5	6	7	X

Au cours de la prochaine année, indiquez à quel point vous êtes en accord avec les éléments suivants :

	Totalement en désaccord 1	Très en désaccord 2	Légèrement en désaccord 3	Ni en accord ni en désaccord 4	Légèrement en accord 5	Très d'accord 6	Totalement en accord 7
52. Il sera VRAIMENT FACILE de prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours	1	2	3	4	5	6	7
53. Vous avez LE CONTRÔLE sur le fait de prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours	1	2	3	4	5	6	7
54. Vous vous SENTEZ CAPABLE de prendre vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours	1	2	3	4	5	6	7
55. Vous êtes la SEULE PERSONNE RESPONSABLE de la prise de vos médicaments anti-plaquettaires à tous les jours	1	2	3	4	5	6	7

Indiquez à quel point les éléments suivants pourraient-vous INCITER à prendre les médicaments anti-plaquettaires à tous les jours au cours de la prochaine année :

Totalement en désaccord 1	Très en désaccord 2	Légèrement en désaccord 3	Ni en accord ni en désaccord 4	Légèrement en accord 5	Très d'accord 6	Totalement en accord 7	
56. Qu'une personne de confiance vous encourage	1	2	3	4	5	6	7
57. Ressentir un nouveau malaise cardiaque	1	2	3	4	5	6	7
58. Savoir que cela peut prévenir un infarctus (crise cardiaque)	1	2	3	4	5	6	7
59. Savoir que cela améliore la circulation sanguine	1	2	3	4	5	6	7
60. Avoir un aide-mémoire	1	2	3	4	5	6	7
61. Utiliser une dosette	1	2	3	4	5	6	7

Au cours de la prochaine année, indiquez à quel point il est probable que vous rencontriez les situations suivantes :

Totalement improbable 1	Très improbable 2	Légèrement improbable 3	Ni improbable Ni probable 4	Légèrement probable 5	Très probable 6	Totalement probable 7	
62. Qu'une personne importante vous encourage	1	2	3	4	5	6	7
63. Ressentir un nouveau malaise cardiaque	1	2	3	4	5	6	7
64. Subir un infarctus (crise cardiaque)	1	2	3	4	5	6	7
65. Avoir un aide-mémoire	1	2	3	4	5	6	7
66. Utiliser une dosette	1	2	3	4	5	6	7

Indiquez à quel point les éléments suivants pourraient-vous EMPÊCHER de prendre les médicaments anti-plaquettaires à tous les jours au cours de la prochaine année :

Totalement en désaccord 1	Très en désaccord 2	Légèrement en désaccord 3	Ni en accord ni en désaccord 4	Légèrement en accord 5	Très d'accord 6	Totalement en accord 7	
67. Avoir des saignements	1	2	3	4	5	6	7
68. Croire que cela pourrait présenter un risque pour la santé	1	2	3	4	5	6	7
69. Qu'un professionnel de la santé autre que votre cardiologue (par ex. dentiste, podiatre, ophtalmologiste etc.) vous demande d'arrêter	1	2	3	4	5	6	7
70. Que votre médecin de famille vous demande d'arrêter	1	2	3	4	5	6	7
71. Devoir éviter tout risque de blessure, comme des coupures (au travail par exemple)	1	2	3	4	5	6	7
72. Subir des effets secondaires aux médicaments	1	2	3	4	5	6	7
73. Avoir des oublis	1	2	3	4	5	6	7
74. Devoir annuler une chirurgie non-urgente (par ex. : cataractes ou chirurgie dentaire)	1	2	3	4	5	6	7

Au cours de la prochaine année, indiquez à quel point il est probable que vous rencontriez les situations suivantes :

	Totalement improbable 1	Très improbable 2	Légèrement improbable 3	Ni improbable Ni probable 4	Légèrement probable 5	Très probable 6	Totalement probable 7
75. Avoir des saignements	1	2	3	4	5	6	7
76. Qu'un professionnel de la santé autre que votre cardiologue (par ex. dentiste, podiatre, ophtalmologiste etc.) vous demande d'arrêter	1	2	3	4	5	6	7
77. Que votre médecin de famille vous demande d'arrêter	1	2	3	4	5	6	7
78. Devoir éviter tout risque de blessure, comme des coupures (au travail par exemple)	1	2	3	4	5	6	7
79. Subir des effets secondaires aux médicaments	1	2	3	4	5	6	7
80. Avoir des oublis	1	2	3	4	5	6	7
81. Devoir annuler une chirurgie non-urgente (par ex. : cataractes ou chirurgie dentaire)	1	2	3	4	5	6	7

RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

82. Antécédents médicaux :

- a. Insuffisance cardiaque ☐
- b. Hypertension artérielle ☐
- c. Diabète ☐
- d. Accident vasculaire cérébrale ou accident ischémique transitoire ☐
- e. Syndrome d'apnée du sommeil ☐
- f. Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, bronchite chronique) ☐
- g. Autres : _____ ☐

83. De quel genre êtes-vous ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Ne souhaite pas répondre

84. Quel est votre groupe d'âge ?

- ☐ 18 à 45 ans
- ☐ 46 à 65 ans
- ☐ 66 à 80 ans
- ☐ 81 ans et plus
- ☐ Ne souhaite pas répondre

85. Quel est votre plus haut niveau de scolarité ?

- ☐ Diplôme d'études secondaires complétées
- ☐ Diplôme d'études collégiales
- ☐ Diplôme universitaire de premier cycle
- ☐ Diplôme universitaire de deuxième cycle ou plus
- ☐ Autre : _____
- ☐ Ne souhaite pas répondre

86. Quel est votre revenu familial annuel ?
- ☐ Moins de 25 000\$
 - ☐ 25 000 \$ à 49 999\$
 - ☐ 49 999 \$ à 99 999\$
 - ☐ 100 000\$ et plus
 - ☐ Ne souhaite pas répondre
87. Quelle est votre situation familiale actuelle ?
- ☐ Marié (e) ou en union libre
 - ☐ Veuf (ve)
 - ☐ Séparé(e) ou divorcé
 - ☐ Célibataire
 - ☐ Autre : _____
 - ☐ Ne souhaite pas répondre
88. Avez-vous des enfants à charge qui habitent avec vous ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Ne souhaite pas répondre
89. Quel est votre milieu d'habitation ?
- ☐ Code postal : _____
 - ☐ Ne souhaite pas répondre
89. Quel est votre milieu de vie ?
- ☐ Domicile privé
 - ☐ Résidence pour retraités
 - ☐ autonome
 - ☐ semi-autonome
 - ☐ Centre d'hébergement de soins longue durée
 - ☐ Ne souhaite pas répondre

Le questionnaire est maintenant complété. Merci d'avoir pris le temps de répondre à chacune des questions.